

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS





ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

D^r J. BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, membre de l'Académie de Médecine

RÉDACTEUR EN CHEF

D^r ANT. RITTI

Médecin honoraire de la Maison nationale de Charenton.



DIXIÈME SÉRIE — TOME DOUZIÈME

SOIXANTE-SEIZIÈME ANNÉE

90152

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1920

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie

IDÉALISTES PASSIONNÉS DE LA PATRIE
PENDANT LA GUERRE

PAR LES DOCTEURS

Ch. AZEMAR et **Pierre DIDIER**

Médecin aide-major, Médecin aide-major du 26^e R. I.
médecin traitant du Centre.

(Travail du Centre de Neuro-Psychiatrie de la VIII^e Armée.)

« Un événement, dit Paul Garnier (1), qui provoque un émoi profond dans une nation, est comme le coup de clairon qui rassemble en hâte l'armée des déséquilibrés. » Cette remarque du regretté médecin chef du

(1) Troisième Congrès international d'anthropologie criminelle (Bruxelles 1893).

Dépôt, reprend toute sa force au cours des événements actuels. Les émotions violentes déclanchées par la guerre ne pouvaient manquer de faire apparaître des manifestations d'ordre passionnel chez les acteurs de ce drame dont les prédispositions anormales étaient un terrain préparé. Parmi ces anormaux, il était certain qu'on devait retrouver des types de ces malades que notre maître le D^r Maurice Dide a définis et groupés sous le nom d'idéalistes passionnés (1).

Nous en avons observé deux au centre de neuro-psychiatrie de la VIII^e armée et M. Dide a bien voulu nous communiquer une troisième observation, recueillie par M. le D^r Gelma, au Centre de neuro-psychiatrie de Scey-sur-Saône.

Nous rapporterons d'abord ces observations, et nous essayerons ensuite de situer ces malades dans le cadre nosologique de l'idéalisme, suivant leurs tendances égocentriques ou altruistes.

OBS. I. — R... (Léon), âgé de trente-deux ans, instituteur libre, soldat, ancien caporal cassé, entre au Centre neuro-psychiatrique de Scey-sur-Saône, envoyé de son régiment pour troubles psychiques. Un rapport de son capitaine le représente comme un sujet à tendances dangereuses, pouvant influer sur le moral de son entourage; la note ajoute que R... ne rend que très peu de services utiles et qu'il a été retiré, à cause de son incapacité, de plusieurs postes qui lui avaient été confiés. R..., dès son arrivée à l'hôpital, attire sur lui l'attention par son attitude bizarre, ses propos, sa tenue, tout un paquet d'écrits, d'imprimés, en particulier un certain nombre de cartes multicolores. Il porte également sur lui des prospectus de propagande syndicaliste, signés de lui, et mentionnant ses titres universitaires dont le nombre et la puérilité font entrevoir l'état mental.

(1) Les idéalistes passionnés; un volume de la *Bibliothèque de la Philosophie Contemporaine*, F. Alcan, 1913.

Son père et sa mère étaient instituteurs ; ils sont morts tous les deux ; il y a peu de temps. Le père est mort à soixante-dix-huit ans, d'une affection de l'appareil urinaire ; la mère est morte, il y a un mois, d'une affection inconnue ; elle était très religieuse. D'un premier lit, 2 enfants, morts tous deux de tuberculose ; l'un d'une détermination méningée à l'âge de vingt ans. D'un second lit, 4 frères, morts en bas âge ; 2 frères vivants dont l'un dans l'armée auxiliaire, licencié d'anglais, professeur d'un collège de l'Etat.

R... n'a pas présenté de maladie particulière dans son enfance ; il est entré au collège à l'âge de onze ans ; avec une bourse de l'Etat, ses parents étant instituteurs. Il a été bon élève jusqu'en 5^e ; à partir de la 4^e il commence à décliner ; n'obtient plus le prix d'excellence et vers quinze ans il éprouve une véritable difficulté pour le travail. Il est reçu bachelier de l'enseignement secondaire moderne. Il veut préparer Saint-Cyr. Il a vers cette époque des ambitions coloniales ; du goût pour la vie aventureuse. Il se sent de l'inclination pour la poésie ; à l'âge de dix-huit ans, il fait des vers avec une certaine facilité. Après trois mois, il délaisse la préparation de Saint-Cyr ; sort du collège et entre comme répétiteur au collège de Villefranche, puis à celui de Nantua, puis au lycée de Mâcon. Il mène une vie régulière, mais il n'est pas communicatif, cherche à s'isoler. Pas d'intrigue amoureuse, il est du reste assez frigide et peu attiré vers les plaisirs sexuels. Il fait deux ans de service militaire, acquiert le grade de caporal et devient gérant du cercle des officiers, il profite de cette situation pour entreprendre des études de droit. A ce moment, il est encore sous l'influence des idées religieuses dans lesquelles il avait été élevé par sa mère. En sortant du service militaire, sur la recommandation d'un parlementaire, il devient agent de la sûreté de la préfecture du Rhône. Il n'avait pas voulu rentrer dans l'enseignement public ; il cherchait une nouvelle existence pleine d'inconnu qui l'aurait satisfait au double point de vue de ses études juridiques récentes et de ses tendances philosophiques. Il était alors plein des idées nationalistes, fervent du conservatisme social. Pourtant les idées de Jaurès lui plaisaient, tout au moins en ce qui concerne l'organisation des milices ; mais s'il considère comme justes les aspirations socialistes et internationalistes, il se sent porté vers le communisme. Il entre en relations avec des syndicalistes, écrit dans quelques petits journaux de province et cherche à introduire dans le milieu des

agents de police la propagande coopérative. Entre temps il est chargé de la surveillance d'un certain nombre d'anarchistes notoires, il a connu ainsi quelques membres de la bande Bonnot et personnellement ce dernier.

Tout en reconnaissant que ces anarchistes étaient surtout des praticiens du vol sous le nom de reprise individuelle, il ne peut s'empêcher de croire à la sincérité de leurs idées philosophiques et d'avoir pour eux une certaine sympathie, par communion d'idées. Il devient individualiste, méprise l'organisation sociale, l'ordre établi, la hiérarchie des classes.

A la suite d'un article de journal où il préconisait l'union des policiers et leur organisation syndicale, il se sent l'objet d'une surveillance toute particulière de la part de ses chefs. Il démissionne tout à coup et trouve en Roumanie, dans un petit village près de Galatz, un poste de précepteur auprès d'une riche famille de propriétaires terriens. Il y reste six mois. Il s'y trouvait bien au point de vue des avantages matériels ; mais ses maîtres devenaient inquiets de ses fréquentations et de ses idées considérées là-bas comme « trop libérales ». On lui reprochait notamment des critiques déplacées sur la situation respective des différentes classes sociales roumaines.

Il revient en France en passant par Vienne et Budapest, dédaigne un bon poste de précepteur à Fiume dans une famille russe, et finalement va rejoindre son frère, professeur à l'école Berlitz à Londres. Il y entre lui-même, il y professe trois mois au bout desquels il est congédié pour insuffisance d'activité. Il donne comme excuse un état nerveux, fait de troubles digestifs et d'asthénie.

Revenu à Paris, il se consacre à l'enseignement libre, entre dans un pensionnat à Choisy-le-Roi, y fait l'année scolaire sans incident, mais non sans se préoccuper de la question du syndicalisme dans l'enseignement libre. L'année suivante, il entre à l'école Bréguet qu'il est bientôt obligé de quitter après avoir fait campagne électorale contre son directeur. Dans cette joute électorale, il était du côté du parti d'opposition : il aime mieux, dit-il, un roi s'appuyant sur le peuple que la république sur la bourgeoisie. D'une façon générale, il eut toujours la classe moyenne en aversion. Il passe ensuite quelques mois à s'occuper de la réunion d'une société symphonique, puis il devient surveillant d'internat dans une école libre à Issy-les-Moulineaux.

Nous sommes en 1913. C'est alors qu'il est mis en relations

avec Han Ryner. Il collaborait à un journal d'étudiants et il avait fondé lui-même une revue : « Les petites chroniques », où il traitait de questions professionnelles et philosophiques.

Il fréquenta alors les amis et admirateurs d'Han Ryner, se fit présenter à lui, s'initia à la philosophie stoïcienne, embrassa avec ardeur les idées de philosophie néo-cynique, et continua à se pénétrer d'une façon assez superficielle d'ailleurs de la littérature contemporaine. C'est ainsi qu'il arrive à juger avec un profond mépris les auteurs qu'il nomme, après Han Ryner, « des prostitués au public », tels qu'Anatole France, etc.

Son érudition est faite d'un bagage des plus modestes ou plutôt est extrêmement superficielle, il peut de cette façon parler de beaucoup de choses qu'il connaît fort mal en donnant l'impression d'un grand cerveau.

La mobilisation arrive, il est incorporé dans un régiment d'infanterie et demande, à cause de sa connaissance de l'allemand, un poste d'instituteur en Alsace. Il compose à ce moment un petit dictionnaire germano-alsacien. On refuse de lui confier le poste sollicité et notre malade attribue cela à la suspicion provoquée par ses idées politiques. Il dit s'être bien conduit dans différentes attaques, en particulier dans un assaut de l'Hartmannsweiler. Il aurait même été à ce moment-là proposé pour la croix de guerre. Mais un jour qu'il se trouvait fatigué, qu'il se sentait atteint de troubles digestifs, de points de côté, de douleurs précordiales, il abandonna brusquement son cantonnement et disparut trois jours. Arrêté par la gendarmerie, au moment où il errait vêtu d'habits mi-militaires, mi-civils, il est condamné en juillet 1916, par le conseil de guerre de sa division, à cinq ans de prison pour abandon de poste sur un territoire en état de guerre. En sursis d'application de peine, renvoyé dans un autre régiment, il n'a donné aucune satisfaction à ses chefs dans un poste de téléphoniste qu'on lui avait confié. Il commençait d'ailleurs à inspirer beaucoup d'inquiétudes au sujet de son état mental. Son colonel, à la suite de la connaissance qu'il eut d'un de ses imprimés, l'a envoyé à la visite médicale d'où son exode à l'hôpital et son évacuation sur le Centre psychiatrique de Scey-sur-Saône.

Longtemps à la recherche d'un système philosophique, d'une formule métaphysique et morale, R... l'a trouvé après des variations nombreuses et assez contradictoires. Nationaliste chrétien, puis syndicaliste, ultra-religieux, anarchiste et individualiste, ses idées se sont cristallisées sous une formule : le stoïcisme cynique.

D'abord disciple de Nietzsche, se prétendant surhomme lui-même en dehors des contingences de la vie, le hasard le fit rencontrer avec le doctrinaire Han Ryner lequel groupait autour de lui de nombreux disciples. Le cénacle se tenait habituellement dans un café du quartier latin. Han Ryner a écrit en dehors de nombreuses lettres, romans, nouvelles, pièces de théâtres, critiques littéraires, des ouvrages philosophiques dont les principaux, pour ce qui nous intéresse, sont « Les voyages de Psychodore, disciple de Diogène » et « Les paraboles cyniques », R... a surtout puisé ses idées philosophiques dans ces derniers écrits. Il est devenu philosophe stoïcien-cynique ; il croit à la métempsychose, se désintéresse de tout ce qui l'environne et en particulier de la guerre actuelle qu'il dit être une méprisable contingence. Il voit dans Han Ryner un nouveau Socrate, un Tolstoï français. Il suppose avec conviction que son maître est la réincarnation moderne d'un ancien sage de la Grèce.

Il se livre sous le couvert de la propagande syndicaliste à une véritable réclame autour de son nom et de celui de Han Ryner : portrait, citations, maximes nébuleuses, accompagnées du fatidique Φ signe antique de l'affranchissement des esclaves. Il se fait confectionner par des dessinateurs qu'il rencontre des projets de cartes de propagande, dont l'une représente la victoire de Samothrace entourée de colonnes grecques, ornée du portrait d'Han Ryner, du Φ symbolique, il se fait représenter lui-même orné du « bandéau attique » suivant sa propre expression.

Sous des dehors de réserve, de modestie, de prudence, on entrevoit en lui un personnage arrivé à une conviction : il est en dehors des humains de par ses idées, il s'abstrait du monde, il admet les relations sociales comme nécessaires, mais il serait prêt à les rompre surtout en ce qui touche sa conclusion ; il a plutôt de la sympathie pour la coalition germanique qui lui apparaît comme en état de légitime défense. Il a étudié sa généalogie sur plusieurs centaines d'années, il se dit descendant d'un Suisse allemand et son nom français n'est qu'une corruption d'un nom germanique, c'est ainsi qu'il explique son attirance pour tout ce qui est allemand.

Dans tous ses discours, faits sur un ton calme, on ne trouve pas de vantardise. Pas d'idées de grandeur, mais foi calme, et tranquille, idéalisme sans ambition ; il est froidement heureux d'avoir trouvé une formule, « après de longues années de réflexion », des idées métaphysiques fixes sur la matière. Il a bien

cherché à faire du prosélytisme mais personne autour de lui « n'avait atteint son niveau intellectuel, ni su se complaire dans ses idées ».

Nous avons vu dans l'étude biographique de notre malade les étapes successives qui ont abouti à la fixation du système philosophique et à l'extériorisation des préoccupations qui l'ont fait s'écarter de l'armée. Mais on pourrait résumer l'état actuel de R... dans cette formule : « C'est un homme à la recherche des moyens de réformation de l'humanité. » Ces déductions sont incompatibles avec la vie en commun et en particulier avec l'état militaire. Ces tendances sont : l'anarchisme, l'individualisme, l'antinationalisme ; sa vanité extrême se dissimule mal sous une apparente modestie : « Je me place, dit-il, au-dessus des événements que je subis et regarde de haut. »

OBS. II. — B.... (René), trente-cinq ans, 4^e tirailleurs. Entré le 7 décembre 1917.

En prévention de conseil de guerre pour abandon de poste et refus d'obéissance, est envoyé au Centre de neuro-psychiatrie pour examen médico-légal.

Rien de notable dans ses antécédents héréditaires.

Au point de vue personnel, B... n'accuse aucune maladie grave de l'enfance.

Son développement intellectuel a été normal. Il a obtenu à treize ans son certificat d'études et sa culture générale dépasse la moyenne des primaires, ses écrits ne comportent presque pas de fautes d'orthographe et revêtent une forme littéraire tout à fait remarquable.

Après avoir été petit commis à Brest chez un négociant en vins, il s'est engagé pour 5 ans dans les Equipages de la flotte, a obtenu le brevet de matelot chauffeur. A sa libération, a occupé divers emplois à Brest, pendant 18 mois, puis ne pouvant se fixer dans une situation stable qui lui convienne, il a repris du service pour 5 ans dans l'artillerie coloniale. Ce nouvel engagement terminé, il essaya de nouveau sans succès de rentrer dans des emplois civils et au bout de 9 mois il rengagea dans la Légion étrangère, en 1913.

A fait de nombreuses campagnes en Afrique occidentale, au Tonkin et en Indo-Chine pendant lesquelles il eut des accès de paludisme et se livra d'une manière intermittente à des excès alcooliques.

Le récit fait par le malade de ses changements successifs d'emplois après son premier congé de 5 ans aux Equipages de

la flotte indique les premières manifestations de l'état mental qui s'est développé depuis lors ; il ne trouve rien à sa convenance, considère les occupations qu'on lui donne comme inférieures à ses capacités, ne peut s'astreindre à une tâche régulière, trop monotone pour lui.

Pendant son séjour à l'artillerie coloniale, les déviations du caractère sont plus actives et donnent lieu à des réactions suivies de sanctions disciplinaires et du refus de l'autorisation de rengager à la fin de son congé. Mais c'est surtout depuis la guerre que les manifestations de son état mental se sont accentuées. Elles aboutissent à l'entrée du malade dans le service à la suite d'une plainte en conseil de guerre. Le 21 octobre 1917 B... quitte sa compagnie qui montait en ligne et revient au train de combat ; quelques jours après il refuse d'obéir à l'ordre qu'on lui donne d'aller reprendre sa place à la tranchée au milieu de ses camarades. Le motif de ce geste, si anormal, chez un soldat de carrière, qui a donné des preuves nombreuses de son courage depuis le début de la campagne, nous est fourni par B... Il a voulu attirer l'attention sur lui et se faire rendre justice. Dans des écrits d'une prolixité extraordinaire, il nous expose sa situation et nous n'aurons qu'à puiser dans ces documents pour apprécier son état.

Déjà depuis plusieurs mois, il assiégeait le colonel de son régiment de lettres, de réclamations sur l'attitude de ses supérieurs immédiats qu'il trouvait hostiles à son égard, et ce n'est qu'après l'insuccès de ses démarches qu'il s'est résolu à faire un éclat.

Tout d'abord, il discute sur les chefs d'accusation portés contre lui : il est accusé d'abandon de poste devant l'ennemi : cela est faux, dit-il, car pour abandonner un poste, il faut l'avoir occupé et il n'est pas monté en ligne. Son refus d'obéissance ne peut être incriminé du moment qu'il avait signifié par lettres réitérées une demande d'enquête à son sujet. Il se proposait de montrer les dénis de justice dont il était la victime continuelle.

On refusait de lui fournir des effets d'habillement et des chaussures ; c'est pitoyable, dit-il, de ne pas avoir de brodequins convenables, quand il y a des voleurs qui pillent les magasins des gares régulatrices. J'ai dû aller en permission avec une vareuse et une culotte en très mauvais état, par suite de la mauvaise volonté du sergent-major qui cherchait à se venger de moi, parce que je n'avais pas voulu, étant caporal d'ordinaire,

entrer dans ses combinaisons louches. J'avais au contraire, essayé de réaliser des améliorations de l'alimentation pour mes camarades, mais je m'étais heurté constamment à la mauvaise volonté du cuisinier qui s'entendait avec le sergent-major pour favoriser les popotes des sous-officiers.

Les revendications de B... ne se bornent pas aux faits actuels, il éprouve le besoin de remonter dans le passé pour exposer les injustices dont il aurait été victime, ces injustices contre lesquelles il avait réclamé lui ont valu des peines disciplinaires et les punitions inscrites sur son livret matricule le font aujourd'hui juger défavorablement par des chefs nouveaux qu'il importe d'éclairer.

A cet effet, il demande dans une longue lettre qu'on provoque les souvenirs de certains de ses anciens officiers. « Il est certains faits saillants qui laissent trace dans la carrière d'un chef, cela en dépit des occupations et des préoccupations journalières et à travers l'espace ; il est certaines individualités, dont le souvenir dans la vie s'évoque au moindre rappel, à la moindre allusion aux faits écoulés que MM. le commandant Q... et le lieutenant D... ne se fassent pas illusion sur le motif de ma démarche. Il faut qu'il soit suffisamment sérieux et il l'est, étant momentanément inculpé de lâcheté devant l'ennemi, grâce à une méchante fiche de M. le lieutenant D... Je veux persuader le lieutenant D... de sa profonde erreur à mon sujet, je saurais observer la délicatesse de certaine discrétion, il lui suffira de se remémorer les faits, qu'il sache tout bonnement que sa contrition est indispensable et que si je sollicite cet acte, qu'il reste bien persuadé que ce n'est pas pour moi, que je ne fais nullement appel à la compassion, mais que son jugement téméraire eut pour résultat d'induire deux officiers en erreur..... les apparences — on a vu des choses plus stupides se réaliser — peuvent se retourner contre moi et me voilà écrasé..... et pour bien démontrer à cet officier que je ne suis pas un être vindicatif, je souhaite que mutuellement dans l'avenir nous ayons besoin du concours l'un de l'autre et que sans qu'il y ait prétention de ma part ni condescendance trop accentuée de la sienne, le malaise se dissipe. »

Une mémoire remarquable permet à B... d'évoquer dans leurs moindres détails des actes de sa vie militaire qui lui ont valu des punitions. Il les expose de la manière la plus avantageuse pour lui, prouve les erreurs commises avec une très grande abondance d'arguments, justifiant ainsi sa conduite,

appréciant très sévèrement les supérieurs de tout grade qui lui ont nui, et distribuant au contraire des éloges dithyrambiques à ceux qui ont paru le comprendre et lui rendre justice. « Son geste m'a provoqué, dit-il en parlant d'un adjudant, la même nausée que peut provoquer celui d'une fille soumise qui au moment de l'accomplissement du coït coupe la chique à son client en lui demandant du feu, afin d'allumer la cigarette qu'elle tient au bec. » Au sujet d'un autre chef, il dira : « Donc les honorables personnes précitées connurent l'histoire du passé guerrier plutôt pâle de X... en certain passage, ressemblant à s'y méprendre avec certains traits de M. de Soubise dans les annales de la vieille histoire française, ... sa posture plutôt ridicule en Somme (1916) alors qu'un peloton dont, au repos, il commande une section, se trouve dépourvu de ses chefs évacués pour blessures, lui, attend dans la plus douce quiétude à l'arrière le retour des glorieux restes de la compagnie. Quand on est homme de cœur, on ne fuit pas le danger, on y vole, on ne digère pas pendant que les copains se font casser la gueule. » Les éloges qu'il décerne sont dans la même note excessive, il les adresse à ceux de ses chefs qui, d'après lui, ont apprécié ses mérites. « Reconnaissons, dit-il, en parlant du chef de bataillon M..., son bon commandant, en toute bonne foi que si chacun en sa sphère avait une si juste notion de ses devoirs et de sa valeur et dignité personnelles que cet officier supérieur, nous n'aurions pas le pénible spectacle de l'encombrement des locaux disciplinaires, préventionnaires, pénitenciaires. Nous ne verrions pas se produire cette anomalie indéniable du général de division distrait de sa tâche absorbante, pour trancher vétille du ressort d'un caporal. »

Appréciant le médecin chef du service, il écrit : « J'ai le spectacle tous les matins d'un médecin doublé d'un officier superbe qui, par son maintien, vient confirmer la thèse que j'ai soutenue à ma déposition. Selon vos goûts et votre tempérament exigez du subordonné la position impeccable du garde à vous ou du repos lors d'une entrevue avec lui, l'une ou l'autre de ces positions devant se copier sur la vôtre, mais ne persiflez jamais, c'est discourtois, pour le moins anti-réglementaire. »

A côté de ces tendances revendicatrices, nous trouvons en corollaire chez B... des tendances réformatrices ; il a exposé dans une brochure qu'il a fait imprimer les avantages de la mutualité pour le soldat. « J'ai été, dit-il, propagateur de culture physique quand j'étais à l'artillerie coloniale, le lieutenant

m'autorisait à faire des causeries sur ce sujet à mes camarades. J'étais partisan de la méthode Desbonnets. »

Il a été caporal d'ordinaire et la question de l'alimentation du soldat est loin de lui être indifférente.

Il écrit dans une de ses lettres : « Les premiers résultats obtenus par mon maintien à l'ordinaire auraient été l'instauration de l'harmonie au point de vue culinaire entre les éléments français et étrangers et indigènes de la compagnie. Ce n'est nullement prétendre à une chimère que d'atteindre ce but, la cuisine étant le puits, la source du moral d'une compagnie. Réunir la majorité des suffrages en les disciplinant, en corrigeant sans ménagements les mauvaises habitudes, les deux tiers du chemin et plus étaient parcourus, le sommet du versant apparaissait et avec lui la station en équilibre.

Une nouvelle face de l'état mental de B... nous est révélée dans une autre série d'écrits adressés au comité de la Colonie Tchèque de France. Il y exprime sa foi dans la libération de nationalités opprimées, sa conviction de la victoire de la France réalisée grâce à la science de ses généraux et l'intrépidité de ses soldats.

Il fait appel à ses compatriotes Bretons, à tous les Français pour leur demander de s'unir aux Slaves, aux Tchèques, aux Polonais opprimés. Evoquant les appétits de nos ennemis se ruant à la conquête de la France, il termine par cette apostrophe au kaiser :

« Vas-y, mon prince, la vieille a l'échine solide et souple encore plus et rien à faire pour avaler le bouillon, tu t'en es rendu compte, grand maître des machiavélistes teutons, et lorsque revenant de ton erreur, impérial forban, là où tu croyais trouver un vieux et misérable cadavre, une pauvre dépouille, c'est une pimpante et gentille frimousse de cantinière qui te passe sous le blair en se payant de ta fiolle, ta stupeur est grande, tu veux singer l'agréable surprise, tu veux l'enlacer, tu lui fais des propositions à ton sens avantageuses, tu voudrais même la souiller de ta bave, pour mieux l'étouffer. Mais la Madelon est bonne, brave et belle fille, elle ne peut être faite pour ton bec. Oui, mon seigneur, elle est telle cette sacrée France, personne ne la comprend, une bien drôle de bougresse, ses fils eux-mêmes la débinent comme des enragés, c'est d'ailleurs ce qui t'a fait donner dans le panneau. Ces garnements s'octroient le droit de la malmener, mais quelque intrus étranger à la maison veut-il

« frôler de trop près son jupon, aussitôt, au premier appel, « Madelon a sa garde du corps. »

L'idéal de justice lui apparaît devoir se produire grâce à son influence et dans une proclamation intitulée : « Deuxième document historique établi à l'hôpital 14, lancé de Saint-Nicolas-du-Port », comparant son effort à celui qui a amené la réhabilitation de Dreyfus, il écrit : « Aujourd'hui une voix isolée, « bien faible, bien obscure, vient lancer sa note discordante et « dire dans un murmure, dans un chuchotement que personne « n'étouffera, car il est né dans le calme de la certitude : « Joseph Caillaux n'est pas coupable. » Cette fois l'effet sera « plus foudroyant, le tonnerre suivra de très près l'éclair parce « que l'orage est proche, là encore c'est l'immuable loi de la « physique qui intervient. »

Dans toutes les manifestations de l'état mental de B... que nous venons d'exposer, éclate en premier lieu l'exagération énorme de la personnalité. Il s'érige en juge de tous ses supérieurs, porte en tout et sur tous des jugements définitifs, n'accepte pas d'indulgence pour lui, mais consent à recevoir des excuses. Il écrira cependant « que dans sa pensée, il n'y a pas de place pour la vanité, ce vilain défaut me déplaît, mais tout autant me dégoûte la fausse modestie ».

Il a de ses mérites personnels la plus haute opinion : vante « son habileté manœuvrière » que tout le monde reconnaissait quand il était marin, sa personne physique est aussi hautement appréciée, il fait étalage de sa force, de sa plastique. « Ce n'était pas de ma faute si les belles luronnes de Roxcanvel me trouvaient luron à leur goût. »

S'il ne se croit pas désigné pour une mission spéciale dans les événements actuels, il revendique cependant le droit de porter la bonne parole auprès de ses camarades, ainsi que l'indiquent ses écrits en faveur des Tchèques, ses proclamations pour la justice immanente.

Son passage au Centre l'amène à écrire au médecin chef de service, à l'occasion du 1^{er} janvier, une lettre de remerciements qu'il termine en « prétendant à la curabilité de certains cas d'idiotie par l'extirpation de la niaiserie, par stupéfaction, par provocation irrésistible de l'hilarité ».

Mais si cette personnalité prétentieuse et vaniteuse est démesurément exaltée, elle n'est pas transformée. B... ne se donne pas de qualités ni de titres nouveaux ou absurdes, on ne peut à son sujet prononcer le mot de mégalomanie.

Le thème délirant chez B... est à peine ébauché, ses interprétations sont plus erronées que réellement délirantes, sa systématisation est plutôt affective et passionnelle, il prend à partie des gradés dont il souligne l'attitude hostile, l'injustice, la mauvaise foi. Et si on trouve dans ses écrits des menaces de chantage, au cas où on lui refuserait satisfaction, il n'y a pas traces de tendances aux réactions graves contre des personnalités désignées.

Le trouble du jugement, le manque d'autocritique qui fait le fonds psychopathique, ne tient pas ici à un déficit intellectuel, mais à l'obnubilation créée par la passion de la justice.

OBS. III. — N... (Jean-Joseph), dix-neuf ans, 122° R. I. Evacué de son corps le 11 septembre 1917.

N'a pas connu ses parents. Pupille de l'Assistance publique. Habitué avant la guerre dans l'Aveyron, travaillait aux champs.

A fréquenté l'école primaire, sait lire et écrire. « A l'école, dit-il, je n'apprenais pas beaucoup, je faisais l'école buissonnière et dans les champs je m'exerçais tout seul, c'est là que j'ai le plus appris. J'aimais à calculer des choses de batailles. »

A subi l'énucléation d'un œil en 1910 à la suite d'un accident.

Incorporé dans le service auxiliaire, il est venu dans la zone des armées comme travailleur. Il se conduisait correctement et c'est au cours d'un séjour à l'hôpital de la Malgrange, où il était entré pour soins oculaires, que ses propos ont attiré l'attention et amené son évacuation sur le Centre de psychiatrie, le 16 novembre 1917.

A l'examen, présente un état général assez defectueux, son développement physique est retardé et il a l'apparence d'un adolescent de seize à dix-sept ans.

Dès les premières questions qui lui sont posées, il se lance dans des explications prolixes d'ordre militaire et diplomatique.

Il raconte qu'il aimait déjà avant la guerre à causer, avec ses camarades et dans la ferme où il était employé, des questions politiques exposées dans les journaux, on se moquait de lui quelquefois, mais cela ne l'empêchait pas de garder ses convictions.

Ne pouvant suivre facilement les développements très touffus de ses idées nous lui demandons de nous exposer par écrit ses plans et voici ce qu'il nous a remis quelques heures après (nous respectons son texte et son orthographe).

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Mon sous-lieutenant,

Vous voulez donc que je vous parle de cette maudite race de prussien.

Et bien les Allemands cet un peuple le plus orgueilleux, sont pland été de battre la France elle voulait être la vasalle de l'europe elle voulait la Hollande la Belgique les Départements Français, le Pas de Calais, une partie de la Somme les Ardennes la Meurthe et Moselle et la colonie Française le Maroc, avec le Maroc elle avait Tanger pour base de port et porte de la Méditerranée.

Donc après avoir battu notre France de Vincingestoris de Clovis de Charlemagne de Jeanne Arc de denain et de Valmy dons nos bons aieux ont temp défendu avec gloire et honneur, la Allemagne aurait eu tous les états des Balquans.

Donc elle aurait eu pour point de départ Berlin Viennes Sofia Bagda dans le lac Percique.

Mais comme Bagda et tombé aux Anglais le pland et coupé pour les Allemands.

Et bien encore pour nous il faudrait pour entanmé le front du Kouprink il faudrait que notre état major, il centande avec notre bon alliée la Belgique, comme je vous ai dit hier soir et puis pour les troupes Italiennes elles faudrait qu'elles ce retranche fortement sur l'aile droite de l'Adige et avec la flotte elle devrait tenir la cote du golfe de Venise en respect et elle devrait aussi tenir la flottes Autrichiennes blocée dans leur base et pour a néantir la sous marine dans la Méditerranée il faudrait comme je vous es dis hier soir êtres les maîtres des Baléarès et du port Mélila et pour ainssi dire de toute la partie Nord du Maroc.

Parce que cet par la que les sous Marins ils vinent, et faire fermée les ports espagnols de la Méditerranée lui laissai que les ports de l'Ouest cet a dire que l'Océan car ca lui apporterai pas malheur puis quelle peut communiquée avec la France par voie ferrée Et alors ça fait que la Méditerrannée elle serait sous la domination de la France et de ces Alliés, une autre but. Français nous devrions avoir un accord avec le japon Mais ca fera beaucoup des frais.

Il faudrait transporté des sous-Marins dans le golfe de Fainlande pièce par pièce par la voix de Orient, mais alors par les

officiers Français et Alliés. Alors déclaré une bataille sur la mer Baltique pour remettre les îles Aland, et régette la flotte Allemande; dans les port. Et puis faire forcé les côtes Russe et surtout le golfe de Riga et puis forcé le front de galicie, et puis les Russes sont beaucoup plus nombreux d'hommes que nous, il faudrait surprendre les Bulgares par Varna. Et pour ça faire il faudrait que ça ce fasse sous le commandement d'un ancien général ou brave officier Français, et avec général Russe qu'il soit fidèle a son gouvernement et pour cela faire ce débarquement il faudrait qui soit escorté par les forces navales et puis forcé tous les fronts dons je vous fait ce débarquement de Varna il faudrait pas bombardé la ville mais décendre les troupes dans la vallée ou plaine et encerclé la ville, et arrêté tous les andividu que l'on rencontrera sur notre pazage avec ces troupes on fairai une marche foudroyante sur Sofia et avec nos aréos on fairai le Bombardement de Philipopoli Rouschouk, ce but la aurait pour but de dégager notre front de Salonique. Mais mon Sous Lieutenant pour cela faire il faudra que notre état Major il porte les yeux mais comme nous ne somme pas du même parti comme moi. Je ne suis que un simple soldat que Je n'ai pas de soutien nule par ils me traiteraï peu t'être de grand fou enfin bref ce sera ca pas qui va m'empêcher d'aimai la France comme Je l'ai aimai quand J'étais enfant.

vous mon Sous Lieutenant J'ai aimai la France en mon enfance et Je l'aimai toujours, ils mon appelez a mon conseil de revision J'ai répondu le cœur ouvert les Magars qui passé le conseil ils m'ont pas regardé c'il me menquai un œil. Alors Je suis contemp maintenant que J'ai 2 frères de mort pour la France, et je suis a calculer que quand Je reviendrai de la guerre Je travaillerai pour notre noble France Je me marirai et ci dieu me donne la grace d avoir un enfant Je lui donnerai des bonne études a aimer la France dés sont enfance Je lui fera connaître la flotte Francaise et son armée de terre et de suit de suite et quand a moi Je retravailleraï la terre et je songerai aux développement de la Agriculte en Algérie. Je songerai que Je travaille pour la France.

Recevez, Mon Sous-Lieutenant, Mes Salutations.

N... JEAN-JOSEPH.

Toutes ces conceptions sont développées avec un accent de profonde conviction, le malade n'a pas la moindre notion de leur décousu et de leurs contradictions. Les objections qu'on

lui présente ne l'arrêtent pas plus que les sarcasmes des camarades devant lesquels il éprouve le besoin d'étaler ses projets.

Il ne s'irrite pas des moqueries dont il a été souvent l'objet, mais il s'anime parfois dans son discours et s'émeut à l'exposé de ses sentiments patriotiques intégraux.

Toutes ses idées viennent de lui, il n'est inspiré par personne, et ne perçoit aucune voix intérieure ou extérieure qui lui révèle ses grandes conceptions.

N'émet aucune prétention à une mission spéciale, il est un homme comme tous les autres, seulement, dit-il, il a toujours pensé au développement de la France, sur certains plans il voudrait bien qu'on l'écoutât.

On ne constate aucune tendance à la transformation de la personnalité, et la seule expression de l'exagération du moi que nous avons pu recueillir est la phrase suivante : « Des fois, si je peux marcher, je pourrais devenir le supérieur de la nation. »

Il exprime vis-à-vis des siens des sentiments très altruistes, il raconte qu'il a négligé l'héritage d'une de ses tantes pour le laisser à sa sœur, car il pourra faire lui-même des économies suffisantes pour acheter des terres en Algérie et contribuer ainsi au développement de l'agriculture en France.

Ses sentiments religieux ne présentent aucun développement extraordinaire, « il est religieux comme tous les Français ».

Son sens génital reste fruste, il dit n'avoir jamais eu de rapports avec une femme.

Les trois observations qu'on vient de lire présentent des formes différentes et même opposées de l'idéalisme de la patrie, il nous a paru intéressant d'essayer d'établir un rapport entre ces modalités et les tendances passionnelles égocentriques ou altruistes que nous trouvons dans le fonds mental de nos sujets.

R... (observation I) est un homme ayant reçu une culture intellectuelle assez développée, mais dont l'érudition mal assimilée est restée superficielle. Il a toujours trouvé sa situation sociale inférieure aux mérites qu'il s'attribuait ; son caractère s'est aigri à constater le rang subalterne qu'il occupait. Par une évolution progressive, de nationaliste chrétien, il est arrivé à un

idéisme individualiste de caractère fortement égocentrique comportant la négation de l'idée de patrie avec ses conséquences : indifférence en face des événements qui peuvent compromettre le patrimoine national et inutilité du sacrifice personnel.

Le cas de B... (observation II) est plus complexe. Nous avons ici affaire à un revendicateur chez qui les tendances passionnelles patriotiques sont en quelque sorte surajoutées.

Le niveau de sa culture intellectuelle est inférieur à celui de R... ; il n'a reçu qu'une instruction primaire mais son intelligence est loin d'être déficitaire, l'abondance des idées qu'il exprime dans ses nombreux écrits prouve le contraire. Si nous constatons un défaut d'autocritique avec exagération de la personnalité, il faut mettre cette obnubilation du jugement sur le compte de son idéisme passionné de la justice et de la vérité. Quand nous envisagerons les tendances revendicatrices ou réformatrices, nous leur trouverons le caractère égocentrique ou pseudo-altruiste qui leur est habituel, mais dans ses aspirations patriotiques, B... arrive à des manifestations purement altruistes. Et, en raison même de son concept de justice absolue, l'idéisme patriotique de B... comprendra, à côté de la notion du sacrifice librement consenti envers son pays, celle de l'obligation plus largement humaine de lutter pour la libération des nationalités opprimées par la force.

Avec N... (observation III) nous arrivons à l'idéisme patriotique purement altruiste. Pour lui, le salut de la Patrie ne saurait être un moment indifférent, les moyens d'assurer la victoire doivent dominer toutes les préoccupations, absorber toutes les facultés, c'est à la Patrie que nous devons penser, même quand nous cherchons à réaliser nos aspirations personnelles. L'expression naïve, décousue et souvent incohérente que N... a

donnée à sa passion tient à son infériorité intellectuelle; ses conceptions stratégiques et diplomatiques, il est facile de le constater, ne sont que des réminiscences de lectures de journaux : chez lui, c'est la débilité mentale, autant que la passion patriotique, qui conditionne l'absence d'autocritique et le fait passer outre à tout ce qui pourrait lui faire percevoir l'absurdité de ses paroles et de ses écrits.

Nous ne voudrions pas terminer cette étude des réactions passionnelles patriotiques d'anormaux ou de débiles, sans affirmer que ce n'est pas seulement chez eux que nous avons vu l'idéalisme du sacrifice intégral se manifester au cours des événements actuels. Si les émotions violentes qui ont secoué la nation « ont sonné le rassemblement des déséquilibrés », elles ont aussi appelé, pour la défense de cette nation, ces âmes nobles, fortes et bien trempées, d'hommes possédant une harmonie et un équilibre parfaits de leurs facultés morales et intellectuelles. Ces âmes ont pu s'idéaliser et « atteindre les régions sublimes où l'esprit s'élève pour ne plus redescendre ».

ANORMAUX CONSTITUTIONNELS

CRIMINELS ET DÉLINQUANTS

Par les Drs Julien RAYNIER et Louis VIAN

Internes des asiles de la Seine

La criminalité (toutes les statistiques en font foi) progresse d'une façon constante. M. Maxwell, dans l'ouvrage qu'il a consacré au *Concept social du crime, Son évolution*, constate que durant ces dix dernières années, le nombre des meurtres commis a doublé, et il trouve la cause de ce désastre social dans l'affaiblissement de la répression. C'est là, sans doute, parmi de nombreux facteurs, une cause importante et il est certain que les châtimens infligés ne sont souvent pas proportionnés à la gravité et à la nocivité du crime.

L'état mental du criminel entre en ligne de compte dans l'appréciation des juges et cette notion de criminalité morbide aboutit, soit à l'impunité, soit à l'atténuation de la peine.

Il semble au premier abord qu'il y ait là quelque chose d'anormal si l'on se place au point de vue de la justice absolue, et cependant il serait injuste et inutile de condamner également un criminel intelligent, capable de discernement et de volonté, et un criminel dont l'intelligence, le jugement, le vouloir sont abolis ou perturbés. Médicalement et pratiquement l'appréciation pénale d'un crime ou d'un délit ne soulève aucune diffi-

culté dans les cas bien tranchés. Le criminel est conscient de son acte, il a en lui les moyens de résister ; il relève de la juridiction pénale ; au contraire est-il inconscient de l'immoralité, de la novicité sociale de son acte, incapable de discerner aussi bien que de se déterminer il ne doit aucun compte à la justice (art. 64 du Code pénal), et relève le plus souvent de l'asile. Mais il existe, à côté de ces cas types, des cas limites indécis où les crimes reconnaissent pour auteurs des individus aux « frontières de la folie » (en l'espèce des déséquilibrés, des amoraux, des anormaux constitutionnels, pervers, vicieux...). La loi ne les a pas expressément prévus, aussi ces sujets sont-ils envoyés suivant les circonstances, tantôt à la prison avec indulgence dans l'application de la peine, tantôt à l'asile.

Quelque décision que l'on prenne pour l'application de la pénalité, que le traitement soit assuré par le service pénitentiaire ou par des médecins, il est toujours extrêmement difficile de concilier l'appréciation de l'influence de l'état mental sur la genèse et la réalisation de l'acte incriminé et le souci de la sécurité publique et de la défense sociale.

L'atténuation de la peine, ainsi qu'on le répète avec raison, affaiblit la défense sociale envers les individus les plus dangereux. Le placement dans un asile ne remplit le plus souvent pas le but poursuivi et présente parfois des graves inconvénients, que nous allons voir énumérés dans l'histoire que nous rapportons d'une malade observée par nous dans les services de nos excellents maîtres, MM. les Drs Lwoff, de Maison-Blanche et Legrain, de Villejuif, où elle a été successivement internée.

Il s'agit d'une jeune personne qui a connu tous les moyens de répression ou d'assistance actuellement usités : maisons de correction, prisons, asiles, aucun

n'a donné le résultat cherché et pas plus en liberté qu'en prison ou qu'à l'asile elle n'a été à sa place...

M^{lle} N... est née en 1886 et son hérédité est lourde : si le père passe pour normal (?), la mère est alcoolique et a subi plusieurs condamnations pour ivresse. Ses frères et sœurs du premier lit ne donnent lieu à aucune remarque particulière, mais ceux du second lit, c'est-à-dire les enfants du père et de la mère de notre malade, sont tous des déséquilibrés et ont une vie très mouvementée :

1° Une sœur est une prostituée en carte ;

2° Un frère est un apache dont le casier judiciaire s'orne de multiples condamnations ;

3° Un autre frère a été condamné à cinq ans de travaux publics pour avoir frappé un officier avec sa baïonnette ;

4° Le plus jeune des frères fréquente encore l'école et nous sommes sans renseignements sur son état psychique.

Dès son plus jeune âge, notre malade a manifesté des troubles du caractère et du sens moral. Elle était indocile, coléreuse, paresseuse et, comme le plus souvent elle faisait l'école buissonnière, elle n'a pu obtenir son certificat d'études.

Placée à l'âge de douze ans en apprentissage chez une blanchisseuse, elle apprit assez facilement un métier qu'elle ne devait pas continuer. Nous la retrouvons en effet à quatorze ans, vivant avec une fille publique qui se chargeait de son éducation, avait en sa présence des rapports sexuels avec des hommes auxquels elle exhibait sa jeune élève toute nue, et la faisait photographier dans ce simple appareil moyennant une modeste rétribution de 2 à 4 francs. Cette intimité avec une fille publique allait être bientôt interrompue par la police qui arrêta dans la rue les deux amies.

Après cette arrestation, la jeune N... fut placée à la maison de correction de R..., où elle se montra si difficile à gouverner qu'un transfert à la maison de correction de D... s'ensuivit.

Rendue à sa famille, à l'âge de seize ans, elle ne s'accommode pas du milieu familial et quitte la maison paternelle, se rendant en chemin de fer à Beauvais. Ses finances épuisées elle continue son voyage à pied, demandant abri dans les fermes et vivant de maraude. Inquiétée à plusieurs reprises, durant sa fugue, par la gendarmerie, elle est finalement arrêtée à Béthune

et après quatre mois de prévention replacée pour la 2^e fois à la maison de correction de D..., où elle restera jusqu'à sa 18^e année pour passer ensuite à la prison de Fresnes où on la garde jusqu'en 1905, époque où se place son premier internement à l'asile de Maison-Blanche pour : « dégénérescence mentale et hystérie, instabilité... etc. »

A peine entrée à l'asile où du reste elle ne fera pas un long séjour (car dans le certificat de quinzaine, le médecin en chef demande sa mise en liberté, constatant que la place de M^{lle} N... n'est pas dans un asile d'aliénés), elle montre le même caractère indomptable et indiscipliné qu'à la maison de correction. Mais ici la chose est plus grave car elle trouble et moleste les autres malades. Elle prétend ne faire que ce qu'elle veut et obtenir sa sortie en se montrant insupportable.

Comme la mise en liberté tarde trop à son avis, elle décide de provoquer un incident peu banal. Elle a eu comme amant un apache avéré qui s'intéresse à elle et qui lui promet dans une de ses visites d'assurer son évasion. En effet, quelques jours plus tard, l'amant accompagné de plusieurs camarades essayait de pénétrer dans l'asile, et n'y réussissant pas, faisait parler le revolver aux environs des quartiers dans un but d'intimidation (?). Pendant plusieurs jours, la gendarmerie surveillait les abords de l'établissement et empêchait la réussite du projet d'évasion.

La tentative ne s'est pas renouvelée, car un mois après son entrée, N... obtenait sa sortie pour se rendre chez ses parents. Elle veut alors faire l'essai d'une vie de travail honnête et entre à deux reprises différentes dans une raffinerie; mais elle fait là montre de la même instabilité, son travail est très irrégulier et au bout de deux ou trois mois elle perd sa place. Elle se livre alors à la prostitution et débute dans la carrière en contractant la syphilis; entre temps elle commet de nombreux vols avec la complicité d'un de ses frères et de son amant. Elle se vante du reste de ses façons d'opérer. Une de celles qui suscitent le plus son admiration est la suivante : pendant qu'elle se livre à l'onanisme buccal sur des bancs des boulevards extérieurs, l'amant dévalise les clients de passage.

Ces exploits lui valent successivement deux mois de prison pour vol, quatre mois de prison pour le cambriolage, huit mois encore pour vol, sans grand profit du reste, la séquestration l'intimide si peu qu'elle recommence à peine sortie.

Libérée de la prison de Fresnes le 29 juillet 1908; elle est

encore inculpée dans une affaire de vol le 31 octobre de la même année. Mais elle se souvient à propos qu'elle a été internée, que le régime de l'asile a été plus doux pour elle que celui de la prison et que son séjour surtout y a été plus court, aussi dit-elle : « J'ai simulé l'épilepsie pour l'avoir observée à Maison-Blanche dans le quartier des épileptiques où j'avais été placée. » Après expertise en novembre 1908, elle est placée pour la deuxième fois à Maison-Blanche.

Les premiers jours elle se montre calme pour obtenir sa liberté et fait du reste des aveux dénués d'artifice : « Je suis venue ici pour éviter de faire de la prison, j'ai fait celle qui a des crises d'épilepsie et d'hystérie, parce que je préfère passer un mois dans une maison de santé que deux ans sous les verrous ; mais, si on me gardait trop longtemps, ça ferait du vilain. »

En effet, bientôt le caractère violent de N... reparait et, le 8 décembre, elle brisait les carreaux de la salle, et manifestait les mêmes réactions préjudiciables à l'intérêt des autres malades.

Le 19 décembre 1908, N... était à nouveau rendue à la liberté, le médecin n'ayant constaté aucun trouble délirant.

La vie de prostitution et de vols recommence. Les habitudes anciennes sont reprises et en deux ans elle subit quatre nouvelles condamnations pour vols et outrages aux agents.

Nous retrouvons, soit dans ses carnets, soit dans ses confessions, la trace de cette vie désordonnée.

Elle considère la prostitution comme un travail légitime de même que le cambriolage auquel se livre son amant. Elle fait un séjour de 15 jours à l'hôpital parce que le souteneur avec qui elle vit et qu'elle a trompé pour se venger de son infidélité lui a tiré des coups de revolver. Si nous signalons ce fait banal en somme dans la vie d'une fille, c'est que nous voulons souligner les commentaires dont N... l'enveloppe. Il est en effet curieux d'apprendre de la bouche même de l'intéressée qui méconnaît et la morale courante et la justice commune qu'elle méprise, *le besoin qu'elle a d'une morale et d'une loi, spéciale à son milieu, morale et loi inéluctables auxquelles elle se soumet aveuglément.* La femme doit en effet fidélité à son protecteur et par fidélité elle n'entend pas avoir d'autres rapports masculins : cela est du travail s'il est rémunéré : « Tromper son petit homme c'est aller avec un autre pour rien, pour de l'amour, un béguin, quoi. » Aussi la justice sommaire de

l'apache, exercée à l'aide du revolver, ne soulève aucune protestation. C'est dans l'ordre.

A peine guérie, elle exprime ses regrets, opère sa soumission et se remet sous le joug du souteneur d'un cœur léger. La vie commune est interrompue par une condamnation de ce dernier à 13 mois de prison pour vol ; N... lui reste fidèle à sa manière et se fait bientôt condamner encore à quatre mois pour outrage et rébellion. Cette condamnation n'est pas acceptée par notre malade qui fait appel. Elle est acquittée après expertise médico-légale et reprend pour la troisième fois le chemin de l'asile. Elle entre à l'asile de Villejuif le 30 décembre 1910.

Elle s'y montre particulièrement désagréable et difficile, et on doit la placer dans un quartier d'agitées. Mais là encore elle brise les objets à sa portée, frappe ses compagnes et les dépouille sans scrupules de leurs provisions et de leur argent. Elle profère des menaces d'évasion, déclare qu'elle tuera quelqu'un si on ne lui donne pas sa liberté. Elle veut que la justice s'occupe d'elle (?).

Elle est mécontente de tout et de tous et les rapports journaliers signalent son insolence, sa désobéissance continuelle et la terreur qu'elle inspire aux autres malades.

Elle décide d'impressionner l'entourage en faisant le 26 mars 1911, avec une malheureuse femme qu'elle a influencée, une tentative de suicide par strangulation à l'aide des cordons de son tablier.

La tentative n'est pas couronnée de succès, mais N... continue à manifester son influence mauvaise sur ses compagnes ; placée dans un atelier de couture, elle fait des projets d'évasion en y intéressant ses voisines qu'elle décide à l'imiter.

Le projet est éventé et N... reste au quartier. Cependant l'idée d'évasion reste tenace et sa réalisation cherchée, ainsi qu'elle l'avouera plus tard, lors de son deuxième séjour à Villejuif, avec l'aide d'une complicité masculine. C'est que l'amant a reparu et a réussi à se faire embaucher par surprise et provisoirement à l'asile pour y effectuer des travaux de plomberie.

Là il réussit à correspondre avec sa maîtresse et tous les deux décident une tentative criminelle. L'apache aidé de sa bande devait venir, connaissant les aîtres de la maison, sonner nuitamment à la porte du quartier, étrangler la veilleuse, s'emparer de ses clefs et réaliser l'enlèvement de sa « dame ».

L'entreprise était hardie et il faut le dire plus aisée à conce-

voir qu'à réaliser. De fait le pseudo-plombier, remercié à l'asile, retournait à Paris et disparaissait à nouveau de la circulation après des démêlés avec la police.

N... n'ayant plus de nouvelles change de tactique ; elle écrit de nombreuses lettres au médecin en chef pour réclamer sa sortie : tantôt-elle cherche à l'apitoyer sur son sort, parle de son enfance mal dirigée et promet de se bien conduire désormais ; elle expose qu'elle est le seul (?) soutien de ses vieux parents, fait appel aux sentiments d'humanité en disant que son internement sera la cause de la mort de son père malade. « Je déteste ce triste passé qui m'a valu tant de souffrances.... si j'avais des enfants, plutôt que de les mal élever, je leur mettrai la corde au cou... si je ne puis vivre sagement en liberté c'est que je ne peux trouver du travail et que j'ai dû me prostituer et voler pour vivre.... du reste à cause de mes antécédents j'étais souvent arrêtée par les agents, quoique innocente. »

Ces plaintes sincères ou simulées n'en reposent pas moins sur la constatation de vérités impressionnantes et l'on se demande si la société fait pour ses parias ce qui lui serait possible de faire, ce qui pourrait sauver tout au moins quelques-uns de ces déshérités dont la bonne volonté à besoin d'être entretenue, activée, autrement que par des placements, des voyages alternatifs de l'asile à la prison et de la prison à l'asile, après quoi le malade est relivré purement et simplement à l'influence insalubre du milieu.

Tantôt ce premier mode n'ayant pas abouti au résultat désiré, N... revient à sa première manière plus brutale, elle écrit des lettres d'injures, des dénonciations contre le personnel qui, dit-elle, martyrise les pauvres démentes, qu'il prive de nourriture ; elle refuse de travailler, ne voulant pas, dit-elle, aider les infirmières sans être payée, elle se plaint d'être en cellule et d'être contagionnée par les autres malades qui ont des propos incohérents, font du bruit et l'empêchent de dormir. Les doléances, les menaces se succèdent, deviennent quotidiennes : « J'en ai assez, j'exige une chambre, je ne porterai plus secours au personnel bien au contraire, et vous serez obligés d'augmenter le nombre des infirmières. Aujourd'hui je suis à bout, capable de tout faire, si dans quinze jours je ne suis pas sortie, bon gré mal gré mes amis me porteront secours. »

Les autorités (procureurs, préfets) reçoivent aussi de nombreuses lettres conçues dans le même esprit. Elle proteste contre son internement qu'elle qualifie d'arbitraire, et réclame sa

liberté qu'elle aurait depuis longtemps si elle avait eu la sagesse, dit-elle, d'accepter sa dernière condamnation..

Les parents eux-mêmes unissent leurs demandes à la sienne et ils expriment : 1° que leur fille n'est pas folle, qu'elle s'affaiblit, qu'ils ne veulent pas se rendre complices d'un crime contre l'humanité ; 2° qu'elle n'a rien commis « vis-à-vis de son semblable qui puisse la faire redouter » ; 3° l'administration sait-elle toute sa responsabilité dans cette détention cruelle et arbitraire ! Ces lettres montrent chez les parents une mentalité adéquate à celle de la fille.... L'internement dure deux ans et, toutes précautions étant prises pour tenter le relèvement moral de la malade, on lui donne la liberté le 16 octobre 1912.

Recueillie dans une maison d'assistance et de relèvement moral de Courbevoie où elle avait promis de rester, elle s'en évade quelques jours après.

L'assistance morale, que nous réclamions plus haut, s'est dans ce cas montrée inopérante, N... était attirée invinciblement par le goût de reprendre sa vie irrégulière.

Qu'a-t-elle fait de délictueux ? Nous ne saurions le dire d'une façon précise, nous ne retrouvons sa trace que le 23 mai 1913, un entrefilet du journal nous apprend que « la fille N..., aidée de son amant, a dévalisé des amis qui les avaient hébergés pendant quelques jours ». Pour leur témoigner leur reconnaissance, tandis que l'amant faisait le guet, la maîtresse brisait une vitre, l'escaladait.... Peu de temps après, N.... était arrêtée et ce dernier méfait lui vaut six mois de prison qu'elle purge à B...

Libérée en mars, elle trouve tout aussitôt l'occasion de se faire inculper d'outrages aux agents et nous la retrouvons le 8 avril 1914 à l'asile de Villejuif pour la deuxième fois (quatrième internement), après expertise médico-légale.

Les premiers jours tout va bien. Elle veut mériter sa sortie par une conduite exemplaire, elle se placera dans une maison close pour ne plus faire de bêtises, et gagner sa vie qu'elle ne peut plus gagner autrement. Ce calme, cette modération ne durent pas, et le 15 avril on signale à nouveau qu'elle a repris ses habitudes anciennes. Elle terrorise les autres malades qui sont impressionnées par ses propos orduriers, ses gestes obscènes et ses violences, le 16 avril elle brise la vaisselle, se bat avec une de ses compagnes... Tous les jours apportent des observations du même genre. Les périodes d'accalmie sont rares.

Le séjour à l'asile sera cette fois plus court, ainsi que le fait

prévoir le certificat immédiat qui constate, comme cela avait déjà été constaté : « que N... débile mentale, amoral constitutionnelle, est une irrégulière dont la place est dans une maison de force, que son contact avec les autres malades est plutôt redoutable ».

A plusieurs reprises la sortie est demandée et les certificats rédigés à son sujet mentionnent. « Je ne puis répondre du désordre semé partout par cette femme dont les malheureux aliénés souffrent cruellement. Il faut à tout prix que cette femme quitte un asile où elle n'est pas à sa place. »

Enfin, le 4 juin 1914, l'administration accorde sa sortie et la remet à la sûreté qui la conduit en prison où elle doit purger plusieurs condamnations (?)...

L'histoire que nous venons de rapporter est bien typique et elle pose sur toutes ses faces le problème du traitement des anormaux. Nous y voyons, en effet, une déséquilibrée héréditaire, amoral constitutionnelle, dont les tares natives ont été augmentées par l'éducation, les fréquentations pernicieuses et le milieu social. Tous ces facteurs ont fait de notre malade une prostituée, une délinquante et auraient pu en faire une criminelle.

Tous les moyens de préservation sociale, de coercition et enfin de traitement ont été essayés.

Elle a connu d'abord la maison de correction, puis, au hasard des circonstances, tantôt la prison, tantôt l'asile.

Qu'ont-ils donné en ce cas ? Rien absolument. Nous allons voir pourquoi et à ce sujet nous désirons reprendre brièvement la question du sort actuel des anormaux constitutionnels, délinquants ou criminels.

Nous envisagerons donc successivement les différents traitements auxquels N... a été soumise.

La maison de correction.

La prison.

L'asile.

Et parce que nous avons été amenés à constater ainsi

que nous l'avons fait remarquer si souvent qu'aucun de ces moyens n'a été efficace, nous serons conduits à étudier la question des établissements spéciaux dits asiles-prisons, asiles de sûreté. C'est là certainement une solution du problème qui nous occupe, la solution qui doit retenir nos efforts serait pour l'avenir, et surtout, affaire de prophylaxie.

LA MAISON DE CORRECTION ET LES MOYENS PROPHYLACTIQUES. — Il est évident que les résultats obtenus dans les maisons de correction sont souvent médiocres, et cela, à cause d'abord de la promiscuité constante de nombreux individus pervers qui se contagionnent les uns les autres et qui complètent en quelque sorte leur mauvaise éducation. Il serait bien préférable de créer des *écoles-hôpitaux*, suivant le terme du professeur Régis, où les enfants seraient soumis à un traitement médico-pédagogique et où ils recevraient une instruction appropriée. Dans bien des cas le *placement familial chez des nourriciers*, dont on aurait reconnu la valeur morale, rendrait de grands services et permettrait de soustraire les enfants d'un milieu où ils ne reçoivent que de mauvais conseils et n'ont sous les yeux que de mauvais exemples. Ils se créeraient ainsi une famille adoptive où ils goûteraient un peu d'affection et où ils apprendraient inconsciemment à connaître les lois morales qu'ils ne soupçonnaient pas.

Plus tard, lorsqu'ils seraient sortis de ces écoles spéciales, des *patronages* s'occuperaient encore d'eux et les dirigeraient en quelque sorte dans la vie. Dans tous les cas, ce qu'il importe surtout, c'est d'opérer une sélection parmi les enfants anormaux et de bien séparer les vicieux des autres.

En agissant ainsi on ferait en quelque sorte la véritable prophylaxie du crime et de l'insociabilité. Ces

moyens ne seraient certainement pas suffisants pour débarrasser la société de tous les anormaux et, malgré tous les efforts que l'on pourrait faire, il existerait toujours des êtres instables et insociables contre lesquels il faudrait se défendre tout en essayant de les ramener dans le droit chemin.

Les moyens que l'on emploie actuellement à cet effet n'ont point donné de résultats bien appréciables.

LA PRISON. — La prison est souvent inefficace. Lorsque l'on condamne un délinquant, on se propose, tout en lui infligeant un châtiment pour le punir de l'acte qu'il a commis, de lui donner une leçon qui lui profitera à l'avenir et qui l'engagera à ne plus recommencer. Quand il s'agit d'anormaux, la leçon n'est souvent pas suffisante. Les juges tiennent compte, à juste titre, de l'infirmité psychique du prévenu, ce qui, nous l'avons vu, équivaut en pratique à une diminution de la durée de la peine qui devient de ce fait moins opérante puisqu'il s'agit de sujets moins intimidables que d'autres. D'autre part il paraîtrait à beaucoup injuste de leur infliger une *peine aggravée* et de les maintenir en prison pour un même délit plus longtemps que les autres criminels, du seul fait de leur déséquilibre.

Enfin ce moyen est insuffisant pour garantir la société, car sans qu'on tienne compte de leur état mental, une fois leur peine accomplie, ces individus sont remis en liberté sans conditions. En réalité leur déséquilibre psychique persiste et ils n'en sont pas moins des êtres éminemment dangereux, prêts souvent à recommencer la série de leurs tristes exploits.

L'ASILE. — Généralement, après plusieurs emprisonnements sans grands résultats, on les examine au point de vue mental et nous les retrouvons à l'asile. Cette manière de faire, tout en ayant des graves inconvénients pour les autres malades à qui elle inflige le

contact permanent avec ces êtres vicieux et pour le bon fonctionnement de nos établissements qui ne sont pas aménagés pour de semblables malades toujours fauteurs de désordre et de trouble, ne garantit pas davantage la société.

La loi de 1838 n'a pas prévu ces cas, si bien que ces individus n'étant pas de véritables aliénés, on ne peut le plus souvent les maintenir sans opérer un internement arbitraire ; aussi, dans la plupart des cas, les voyons-nous sortir en liberté peu de temps après leur entrée. Ici encore ils sortent sans conditions et sans que l'on puisse exercer sur eux un contrôle suffisant. Un autre point à retenir, c'est que du jour où ces anormaux sont entrés dans un asile, ils croient emporter pour toute leur vie un certificat d'impunité ; chaque fois qu'ils sont arrêtés ils exhibent immédiatement leur bulletin de sortie de l'asile, ce qui leur promet bien souvent non-lieu, ou acquittement lorsqu'ils comparaissent devant les juges. Ainsi il leur paraît n'avoir plus rien à craindre de la justice, alors que la crainte d'un châtiment pourrait pour la majorité d'entre eux dicter la correction de la vie en liberté et les retenir sur la pente qui mène au crime ou au délit.

ASILES DE SURETÉ. ASILES-PRISONS. — Mais si la prison et l'asile, utilisés successivement ou alternativement, n'ont pas donné de résultats appréciables, il semble que la réunion de ces deux moyens de protection rendrait de grands services et la création d'asiles-prisons ou d'asiles de sûreté demandé par un grand nombre d'aliénistes et de criminologistes serait d'un grand intérêt, et répond à une nécessité. En effet dans les cas analogues à celui que nous avons rapporté, où il s'agit d'individus à la fois délinquants et déséquilibrés qui, assez lucides et conscients pour avoir la peur d'une coercition et ressentir péniblement les effets de la pri-

vation de liberté, ne peuvent cependant pas résister à leurs mauvais instincts, et sont une perpétuelle menace contre le bon ordre social, l'existence de ces établissements spéciaux remplirait le but de protection, de traitement médical et, si possible, de relèvement moral.

Du reste ces asiles de sûreté réclamés actuellement ont existé autrefois. Ils eurent même leur berceau en France : c'était la Bastille et les prisons d'État.

Il ressort en effet des intéressants travaux des docteurs Sérieux et Libert que la population de la Bastille était composée d'une foule de délinquants et de criminels, d'aliénés, de fanatiques, de dégénérés, malfaisants et d'anormaux constitutionnels, en un mot d'êtres antisociaux ou inadaptés au milieu social, dont l'élimination s'impose.

A l'étranger on trouve aussi un certain nombre d'asiles pour aliénés criminels. Sans méconnaître leur utilité, ces asiles ne sont pas à proprement parler destinés aux anormaux et ne renferment pour la plupart que de véritables aliénés. Enfin en France un service pour aliénés difficiles existe à l'asile de Villejuif ; il est dirigé par notre excellent maître M. le Dr Colin ; tel qu'il est, il est insuffisant car il ne peut guère recevoir que soixante malades hommes, chiffre infime si l'on songe à la quantité de ces invalides moraux ballottés de la prison à l'asile et de l'asile à la prison ; mais cependant son organisation est intéressante et peut servir, avec ou sans modifications du modèle, pour l'organisation des nouveaux établissements dont nous parlons.

De tels asiles ont et auraient de sérieux avantages, mais pour avoir leur plein effet, leur maximum de rendement, ils devraient être régis par une *législation spéciale*, car les malades qu'ils contiendraient sont à la fois des malades et des délinquants ; il faudrait par conséquent que leur placement dans ces établissements soit effectué

par l'*intervention médico-judiciaire*, de même leur mise en liberté ne devrait pouvoir avoir lieu, comme le demande le D^r Magnan, qu'après une expertise approfondie médicale ou encore médico-judiciaire.

Les malades y seraient maintenus jusqu'à ce qu'ils aient donné des preuves suffisantes de leur capacité à se conduire régulièrement au dehors où ils ne commettraient plus d'actes de nature à compromettre la sécurité, la décence, la tranquillité publiques. Enfin, car cette certitude est difficile à obtenir, on pourrait donner des sorties conditionnelles, pendant lesquelles un contrôle effectif serait exercé sur le malade, qui, soumis à de fréquentes visites, pourrait être réintégré immédiatement s'il donnait des signes de déséquilibre mental nocif.

En outre des *sociétés de relèvement*, des *patronages* recueilleraient ces malades à leur sortie de l'asile lorsqu'elle serait possible, exerceraient sur eux une influence salubre et les dirigeraient en quelque sorte dans la vie.

On ne peut pas affirmer que par ces moyens on redresserait tous les anormaux, mais on peut dire qu'un bon nombre serait suffisamment amendé (et cela doit être tenté) pour pouvoir profiter d'une liberté qui ne serait pas un danger. En tout état de cause, la société serait protégée et l'on ne verrait plus, sous prétexte de fausse humanité, des milliers d'innocents être les victimes d'un petit nombre de dégénérés.

PROPHYLAXIE. — Les asiles de sûreté seraient donc pour la société un moyen de protection et de défense contre les anormaux arrivés à l'âge adulte, mais il serait désirable que l'effort portât au maximum sur la prophylaxie.

Prophylaxie préventive : ne pas créer d'anormaux.

Prophylaxie après la naissance. Tenter de redresser

l'enfance anormale dès l'âge le plus tendre. Avant la procréation : c'est tenter de détruire le mal dans sa racine en luttant autant qu'il est en notre pouvoir contre les facteurs de dégénérescence et en particulier contre l'*alcoolisme* paternel qui, non content d'imprégner pathologiquement l'organisme fœtal, est encore après la naissance, par l'exemple néfaste, immoral, donné à l'enfant, la source de toutes les réactions antisociales de l'anormal constitutionnel.

Après la naissance il faudrait surveiller l'éducation des enfants et les enlever au milieu familial lorsque les parents seraient incapables de les élever correctement.

CONCLUSIONS. — En résumé et pour conclure, le sort de ces individus qui, de par leur constitution psychique, ne sont, pourrait-on dire, ni des criminels, ni des aliénés, mérite d'être réglé d'une façon précise parce qu'ils font courir à la société les plus graves dangers.

Il est permis de ne pas désespérer et tous nos efforts doivent tendre à réduire leur nombre par des moyens prophylactiques (hygiène des générateurs, *eugénique*, *antialcoolisme*, éducation).

Mais, d'autre part, il faut s'occuper de ceux d'entre eux qui sont en circulation et qui posent tous les jours de multiples problèmes sociaux, judiciaires ou médicaux à résoudre.

Nous avons vu les résultats que donnaient dans leur traitement la maison de correction, la prison, l'asile et leurs défaits, c'est pourquoi nous nous joignons à nombre de médecins et de sociologues plus autorisés, pour exprimer la nécessité de construire pour eux des établissements spéciaux de sûreté, tenant le milieu entre l'asile et la prison, où ils seraient placés par l'autorité judiciaire, mis dans l'impossibilité de nuire et d'où ils ne sortiraient provisoirement ou définitivement qu'après avoir

donné les preuves qu'ils sont capables de vivre au dehors correctement, socialement parlant.

Ces réformes donneraient des résultats du plus grand intérêt pour la société qui serait plus justement et mieux protégée pour les aliénés ordinaires qui seraient débarrassés d'un contact pénible; pour les asiles d'où l'on pourrait voir disparaître les derniers vestiges rappelant encore la prison, enfin pour les anormaux eux-mêmes qui pourraient se livrer à un travail régulier et bénéficier d'une rééducation morale.

Médecine légale.

ATTENTATS A LA PUDEUR

RAPPORTS MÉDICO-LÉGAUX

Par le Dr CAPGRAS

Il m'a semblé intéressant de rapprocher deux attentats à la pudeur, commis par des militaires que j'ai été chargé d'examiner. Le premier est un débile vicieux et mythomane, antérieurement réformé pour épilepsie, dont l'acte m'a paru conscient et volontaire, malgré les stigmates de dégénérescence mentale et malgré l'existence de crises nervenses, vraisemblablement simulées. Le second, en outre inculpé de vol, est un psychasthénique qui, dominé par une obsession-impulsion, accomplit son crime sous un déguisement féminin, et pour lequel j'ai utilisé les procédés de la psycho-analyse dont cette application médico-légale sera sans doute approuvée dans la circonstance, même par ceux qui n'acceptent pas la généralisation outrée et les interprétations abusives du dogme freudien.

On remarquera que je ne me suis pas prononcé sur la responsabilité des accusés. Les conclusions répondent seulement au questionnaire suivant des ordonnances de nomination d'expert pour examen mental au Conseil de guerre de la 5^e région : 1^o L'inculpé est-il atteint d'infirmités psychiques ou de troubles psychiques ? 2^o Les

infirmités ou les troubles psychiques existaient-ils au moment de l'action et ont-ils influé sur la détermination de l'acte ? 3° Est-il en état de comprendre la sanction pénale éventuelle de ses actes ? 4° Est-il adaptable à la vie militaire ? 5° Est-il en état d'être interné ? Si l'expert peut résoudre ces questions précises, ne fournit-il pas aux juges, en ce qui le concerne, des éléments d'appréciation suffisants et qui le dispensent de toute discussion métaphysique sur la responsabilité ?

PREMIER RAPPORT

L'accusation portée contre C... se fonde exclusivement sur les témoignages de deux petites sœurs, âgées l'une de huit ans, l'autre de six ans. Voici la déposition de cette dernière, victime de l'attentat : « Maman m'avait envoyée, avec ma sœur Clotilde, rechercher des œufs que les poules auraient pu pondre dans les buissons bordant la route. Un soldat est venu près de nous et nous a emmenées cueillir des macres au bord de l'étang. Il a dit à Clotilde d'attendre et m'a emmenée un peu plus loin, derrière une haie. Il m'a prise dans ses bras et m'a couchée par terre. Il a relevé mes jupes, a déboutonné sa culotte et s'est couché sur moi. Il a fait pipi sur mon jupon et sur ma cuisse gauche. Il m'a donné un sou pour que je ne dise rien à ma petite sœur ni à maman. Quand il a vu Clotilde, il s'est levé et m'a dit aussi de me lever... » La sœur aînée déclare que le soldat couché sur sa petite sœur s'est relevé en l'apercevant, a boutonné sa veste et son pantalon et s'est enfui ; elle ajoute qu'elle a vu du « pipi blanc » sur le jupon de sa petite sœur. Informée de cet attentat le même soir, la mère n'a trouvé aucune tache de nature spéciale sur le linge de l'enfant. L'examen médical de la vulve de la victime a montré qu'il n'existait aucune trace de violence.

Interrogé sur ces faits, C... a d'abord avoué, puis il a nié, et il maintient ses dénégations. Mais sa conduite fut bizarre le lendemain de cet acte. Dès le matin, il se

rendit à la ferme où habitent les enfants sous le prétexte de demander un verre de vin ; en réalité, comme il l'aurait avoué aux gendarmes, pour savoir si les enfants avaient parlé. Se voyant reconnu et questionné par la mère, il s'enfuit aussitôt. Reconduit le même soir à la ferme pour une confrontation, il avoue son attentat, puis va se jeter dans une mare peu profonde, où il feint de se noyer et d'où l'on est obligé de le retirer. A sa sortie de l'eau, il est pris d'une crise nerveuse, qui paraît simulée aux assistants.

Le lendemain, interrogé par les gendarmes, il renouvelle ses aveux, puis saute par une fenêtre et a une nouvelle crise. Quelques jours après, il se défend d'avoir abusé de la fillette et prétend qu'il lui a seulement passé la main sur la cuisse en présence de deux autres enfants. Mis en prison, il a plusieurs crises nerveuses et tente deux fois de se pendre.

De cet ensemble de renseignements, et toutes réserves faites sur la valeur du témoignage des enfants, il résulte, relativement à l'acte incriminé, un certain nombre de caractères qu'il convient de signaler avant d'examiner la mentalité de l'inculpé.

En premier lieu, cet attentat ne fut pas inconscient. La manière dont ce soldat attire l'enfant, le soin qu'il prend de lui donner un sou pour l'empêcher de parler, sa fuite dès qu'il voit la sœur aînée, sa hâte à s'enquérir le lendemain des suites éventuelles de son méfait, suffisent amplement à démontrer qu'à aucun moment il n'a perdu la conscience et le souvenir de ses actes.

En second lieu, les manifestations auxquelles il s'est livré plus tard — tentatives de suicide par submersion et par pendaison, crises nerveuses — peuvent être interprétées de façon différente et considérées soit comme des simulacres destinés à apitoyer l'entourage et à diminuer la culpabilité, soit comme de véritables symptômes de déséquilibre mental ou d'épilepsie.

L'examen des antécédents et de l'état actuel de l'inculpé nous aideront à résoudre la question. Mais au préalable, il importe d'observer que même si C... était vraiment épileptique, son acte ne saurait passer pour un équivalent psychique de cette névrose, les crises d'épilepsie larvée s'accompagnant toujours d'incon-

science et d'amnésie. A vrai dire, C... déclare aujourd'hui qu'il ne se souvient de rien; mais cette amnésie tardive, et d'ailleurs parfois maladroite, est manifestement une amnésie simulée. Nous devons nous demander si les autres troubles présentés par l'inculpé relèvent également de la simulation ou possèdent une existence réelle.

C... est né, le 19 mai 1883, à Paris. Fils de père inconnu, élevé par l'Assistance publique de la Seine, il n'a reçu aucune instruction et se dit complètement illettré. Il exerçait, avant la mobilisation, le métier d'ouvrier agricole. Il a été condamné, en 1911, à 100 francs d'amende pour filouterie d'aliments, et, en 1913, à trois mois de prison pour violences volontaires sur une femme qu'il aurait essayé de violer. Il est considéré dans son pays comme sain d'esprit et sobre, mais paresseux, instable, menteur et simulateur, cherchant toujours à apitoyer les gens sur son sort. Il n'a jamais eu de crises nerveuses jusqu'à ces dernières années. Ces renseignements ont une importance capitale: soulignons notamment les tendances au mensonge et à l'érotisme, ainsi que l'absence des crises épileptiques.

Or, C... a été réformé n° 2 pour épilepsie, le 13 octobre 1914, et, en octobre 1916, il a été évacué des armées pour crises d'épilepsie constatées. S'agit-il vraiment d'épilepsie? Je crois pouvoir affirmer que cet homme n'est pas épileptique. Il a bien des crises, et même des crises fréquentes, mais ces crises n'ont aucun caractère comitial. Je m'appuie, pour le démontrer, sur des arguments décisifs tirés des rapports rédigés dans les hôpitaux où il a séjourné et de mon observation personnelle.

C... est entré cinq fois à l'hôpital 28 de Bourges. Le rapport qui figure à son dossier ne laisse aucun doute sur le diagnostic porté sur son cas: « Le soldat C..., y lft-on, n'est pas un épileptique; mais un névropathe, qui se laisse aller à des manifestations bruyantes sous forme de crises convulsives hystériformes chaque fois qu'il se trouve dans un milieu qu'il estime lui être bienveillant et favorable... A l'hôpital 28, il avait pris le parti de renoncer à ce genre d'exhibition... Il sera

inutile de l'y renvoyer à la suite de la prochaine crise qu'il ne manquera pas d'avoir s'il peut ainsi espérer se faire dispenser de service... Il est apte à remplir les devoirs militaires pour lesquels il a été convoqué. » Ce rapport, rédigé le 18 décembre 1915, est confirmé dans la suite, notamment le 7 février 1917, où C... est renvoyé de l'hôpital avec le diagnostic : crises nerveuses de nature hystérique.

C... serait donc un hystérique. Il faut s'entendre sur le sens de ce mot. Sans entreprendre ici une discussion sur cette névrose, encore mal définie, il suffira d'indiquer que l'on a reconnu, surtout dans ces dernières années, sa nature pithiatique, c'est-à-dire qu'elle est essentiellement produite par une suggestion et curable par une contre-suggestion ou par la persuasion. Ce pithiatisme a des degrés : il va de l'auto-suggestion inconsciente à la persévération ou à l'exagération volontaire. En d'autres termes, à l'une des frontières de la névrose se trouvent des phénomènes très voisins de la supercherie, développés le plus souvent sur un fond de déséquilibre ou de débilité mentale. Dans le rapport précité, le terme hystérie paraît évidemment presque synonyme de simulation.

Toutefois, ce diagnostic — toujours délicat à établir — doit se baser sur la constatation d'une supercherie manifestement volontaire et préméditée. Ce n'est point le cas de C..., jamais on ne l'a pris en flagrant délit de tromperie, jamais on n'a obtenu un aveu de sa part ; c'est pourquoi, dans le rapport de Bourges, C... n'est pas formellement signalé comme simulateur. Un doute subsistant, j'ai observé directement l'inculpé dans mon service pendant une dizaine de jours, ce qui m'a permis de mieux apprécier sa mentalité.

Pendant son séjour au Centre de Psychiatrie, C... a eu six crises nerveuses, et, comme un fait exprès, en ma présence ou en présence d'un infirmier. Ces crises furent toutes à peu près identiques et d'une durée d'un quart d'heure : perte de connaissance apparente, raideur des membres, soubresauts du tronc, salivation, réveil rapide, sauf une fois, où le sommeil se prolongea une heure environ. Ces crises n'ont pas le caractère de l'épilepsie : il y manque la succession des périodes toni-

ques et cloniques, la morsure de la langue, l'émission involontaire d'urine, le stertor et la stupeur consécutive. Elles ne ressemblent pas non plus à la grande crise hystérique habituelle, avec ses mouvements désordonnés, ses troubles émotionnels concomitants, sa plus longue durée. Mais les formes du pithiatisme ou de l'hystérie convulsive, dans le sens indiqué précédemment, étant très variables, on peut assimiler les crises atypiques de C... à des phénomènes pithiatiques. Leur fréquence actuelle paraît suscitée par le désir de se soustraire à une condamnation.

A ces crises hystériformes s'ajoutent d'autres manifestations du même ordre. C'est d'abord une claudication très marquée, surtout quand il se sent observé, que C... attribue à des rhumatismes. Or, je n'ai trouvé aucun signe objectif d'arthrite ou de sciatique. Il s'agit certainement d'une claudication pithiatique, peut-être provoquée à l'origine par une douleur rhumatismale, mais entretenue et exagérée dans le but d'attirer la commisération de l'entourage.

Enfin, C... a la manie du mensonge, non point du mensonge impulsif ou de la hâblerie inconsciente, mais du mensonge volontaire et utilitaire. C... ment sciemment, à tout propos. Il me conte qu'il a été évacué du front à la suite d'une commotion; or, ses billets d'hôpital ne mentionnent pas une commotion quelconque reçue aux armées. Dès son entrée, il se pare d'une croix de guerre à deux étoiles, qu'il ne quitte jamais et qu'il épingle la nuit sur sa chemise. Il aurait, dit-il, obtenu ces citations à Sailly-Salysel, mais il a perdu les titres, il ne peut même en rappeler les termes. Quand je lui montre son état signalétique, qui porte : blessures, néant; citations, néant; il se tait et cesse de mettre la croix.

C... ment avec plus de maladresse encore au sujet de son inculpation, et il se contredit plusieurs fois. Tantôt, il soutient qu'il s'est tranquillement assis au bord de la route, à côté des enfants, sans les toucher. Tantôt, il affirme qu'il est tombé sur la fillette pendant une crise, et, à mes objections, il répond que c'est une supposition de sa part. Il ajoute que les gendarmes ont écrit une fausse déposition pour gagner 25 francs. Il invente

ensuite une histoire invraisemblable, d'après laquelle un sergent qui serait l'amant de la mère des enfants aurait imaginé l'accusation par animosité contre lui. Pressé de questions, il s'embronille, se lamente, sanglote et crie qu'après tout on peut gnillotiner un innocent.

Bref, cet homme est un déséquilibré et un débile : il tient des propos qui témoignent d'un défaut de jugement considérable. Il a, en outre, des stigmates de dégénérescence, notamment un orteil surnuméraire aux deux pieds. Mais cette débilité mentale est loin d'être assez profonde pour l'empêcher de se rendre compte de ses actes. Il s'efforce, au contraire, par des moyens maladroits, de prouver son innocence ou du moins son inconscience. Sa mythomanie rend sa sincérité des plus suspectes en ce qui concerne ses dénégations, ses crises et sa boiterie.

Conclusions.

1° C... est atteint de déséquilibre mental et de mythomanie. Il n'est pas épileptique. Il a des crises nerveuses et une claudication qui sont de même nature que sa mythomanie ;

2° Cette infirmité psychique influe sur ses déterminations. L'attentat à la pudeur dont il est accusé, tel qu'il est décrit dans le témoignage de la victime, n'est pas l'équivalent d'une crise épileptique ou hystérique. C'est un acte conscient. L'amnésie, actuellement alléguée, est une forme de simulation ;

3° Il possède la notion de la sanction pénale éventuelle de ses actes et cherche, par des inventions mensongères, à échapper à cette sanction ;

4° Il est adaptable à la vie militaire et n'est pas en état d'être interné.

(C... a été condamné à cinq ans de réclusion.)

SECOND RAPPORT.

Le 20 juin 1918, H..., revêtu sous sa capote de vêtements féminins qu'il avait volés quelques jours avant, s'est livré à des attouchements obscènes sur une enfant

de six ans et, d'après les dires de celle-ci, à une exhibition génitale.

Pour analyser plus complètement ces actes et en déterminer la genèse, il importe de connaître les antécédents et la mentalité habituelle de l'inculpé.

H... est né le 17 janvier 1883. On ne signale rien de spécial dans son hérédité. D'après l'enquête de gendarmerie, il n'a jamais été malade ; il apprenait très difficilement à l'école, mais, devenu imprimeur, il a toujours été considéré comme un très bon ouvrier ; on ne lui a jamais connu d'habitudes d'intempérance ; sa conduite et sa moralité ont toujours été irréprochables ; il n'a subi aucune condamnation. Exempté de la classe 1908 pour faiblesse de constitution, il fut pris au service armé en 1914. Durant son séjour au front, il aurait été, d'après ses déclarations, blessé, en 1915, à la main et à la fesse par des éclats d'obus et quelque temps après commotionné. Il a été versé dans le service auxiliaire, le 17 mai 1916. Le relevé de ses punitions mentionne uniquement huit jours de salle de police pour un retard de deux heures trente-cinq à la rentrée d'une permission de vingt-quatre heures. De ces documents, il résulte d'abord que l'inculpé n'a donné lieu, jusqu'à présent, à aucune remarque défavorable, ensuite que sa constitution physique est peu vigoureuse.

Il fournit en outre des renseignements complémentaires, certainement véridiques et d'une haute importance. Il a toujours eu un caractère sombre, craintif, timide et impressionnable. Dans l'enfance, il souffrait de terreurs nocturnes. Plus tard, il resta pusillanime : il n'osait pas sortir seul la nuit et le soir, avant de se coucher, il regardait si personne n'était caché sous son lit. Vers l'âge de dix-huit ans, il aurait eu une congestion pulmonaire suivie d'un état neurasthénique au cours duquel il manifestait des idées de suicide et notamment l'envie de se noyer qui le poussait à se promener souvent au bord de la rivière sans jamais oser exécuter la moindre tentative de submersion. Sujet encore à des hallucinations hypnagogiques, il voit parfois, au moment de s'endormir, comme une forme humaine de grande taille qui rapetisse peu à peu et s'évanouit quand il se réveille en sursaut. Son émotivité

et sa faiblesse de volonté persistent et se traduisent par des sautes d'humeur et par des hésitations pénibles dans les actes les plus insignifiants : c'est ainsi qu'il ne peut lire à haute voix en public sans bégayer. Ces différents symptômes, dépression, hyperémotivité, éréthisme des centres psycho-sensoriels, révèlent l'existence d'une constitution psychasthénique.

L'instinct sexuel de H... paraît développé, sans anomalies. Il a des rapports conjugaux fréquents, deux ou trois par jour souvent, et aime en outre se livrer sur sa femme à l'onanisme lingual. Pendant son passage au front, privé de ce plaisir, il se masturbait. Sa timidité l'empêchant de satisfaire à sa guise sa passion, il n'a commis qu'un seul adultère, assure-t-il, sa partenaire l'ayant entraîné. Enfin, après son arrestation, on a trouvé sur lui quelques pornographies manuscrites.

Par ailleurs, H... ne présente aucun trouble intellectuel : perceptions normales, mémoire fidèle, attention éveillée, associations d'idées régulières, raisonnement correct, orientation parfaite. Il n'existe aucun signe physique de lésion organique ou d'alcoolisme. On constate simplement une certaine lenteur de la compréhension et de l'élocution qui paraît tenir aux sentiments de honte et de remords, incontestables et nullement simulés. Les notions morales, en effet, sont entièrement conservées : H... a conscience de la gravité et de l'ignominie de son acte.

Cet acte, en lui-même, étant donnés les bons antécédents de l'inculpé, prend l'aspect d'une aberration passagère dont on doit chercher les causes. Malgré les obstacles qu'oppose à l'interrogatoire l'intelligence peu cultivée de H..., on arrive à dégager l'influence prépondérante d'une obsession-impulsion irrésistible déterminée par l'exacerbation d'un érotisme longtemps comprimé.

Les travaux de Freud, quelles que soient les exagérations de sa doctrine du pansexualisme, ont montré le rôle primordial que joue, dans l'étiologie des névroses, le refoulement des penchants libidineux et à quelles étranges pensées il peut conduire. Assurément, il ne s'ensuit pas que tous les crimes d'ordre sexuel soient morbides. Il en est de franchement volontaires et pré-

médités qui ne méritent aucune indulgence. D'autres, au contraire, sont tout à fait inconscients. Entre ces deux extrêmes, on en trouve un grand nombre qui, sans paraître automatiques, proviennent d'une domination de la volonté par des tendances instinctives d'ordinaire réprimées sans effort : alors survient un épisode anormal qui contraste avec la conduite habituelle, mais qui émerge en réalité du fond mental où il restait enfoui sous les apports ancestraux et acquis d'une longue éducation morale et sociale.

Voici dans quelles circonstances s'est produit subitement chez H... ce réveil de l'impulsion sexuelle d'ailleurs atténuée par son humeur dépressive et qui a pu se satisfaire par une excentricité et par un attentat à la pudeur sans arriver à la tentative de viol.

Depuis un mois H... n'avait pas vu sa femme. Il pensait à elle d'autant plus qu'elle lui racontait dans ses lettres les bombardements par avions et ses nuits sans sommeil, couchée dans les champs avec ses enfants. Il s'ennuyait, il recherchait la solitude pour vivre avec ses pensées. Ennui bien banal sans doute et images fort peu suggestives, si l'on ne regarde que la surface. Mais qu'on n'oublie pas que pour cet homme le souvenir de sa femme est étroitement lié à un sentiment lubrique : comme il l'avoue, il a la passion des caresses conjugales. Dès lors, par une sorte de dynamisme inconscient, sous cet ennui dont il parle, se développait, à son insu, le désir sexuel impérieux et inassouvi. Notons de plus que ce timide, ce solitaire s'excite par la lecture d'obscénités sur les sensations voluptueuses d'une première nuit de noces.

C'est dans ces conditions qu'un soir, le 14 juin, se promenant seul au faubourg Saint-Vincent, H... vit dans un jardin une chemise, un cache-corset, un pantalon de femme et un peignoir étendus sur un fil de fer. Brusquement alors lui vint l'idée de s'habiller en femme. Idée singulière certes, et dont il n'est pas nécessaire de mettre en relief la bizarrerie, mais qu'il s'agit d'expliquer, car il est évident, d'une part, que cette idée a joué un rôle capital dans toute la scène et que, d'autre part, il serait contraire à la réalité des faits de supposer que les vols et le déguisement aient servi

sciemment à faciliter ou à dissimuler un attentat longuement prémédité. On ne peut pas davantage interpréter ce désir soudain comme une forme de fétichisme. H..., que j'ai soigneusement questionné sur ce point, n'appartient pas à cette catégorie de perversis qui dérobent la lingerie féminine dont ils ont besoin pour provoquer le spasme vénérien. Ce n'est pas non plus un inverti : il ne pratique par la sodomie, il n'a pas de goûts efféminés, il est toujours resté viril.

La fantaisie subite de H... s'explique en revanche aisément par la psycho-analyse. Cette méthode, généralement employée pour les cas comparables à celui qui nous occupe, a permis de découvrir que certaines images de rêve ou de rêverie, certains tics, certains gestes bizarres, certains symptômes de névrose tels que les obsessions, sont des manifestations symboliques de tendances instinctives refoulées. Dans la circonstance, et sans qu'il soit utile de recourir aux trop ingénieux calembours des disciples de Freud, le symbolisme inconscient de l'introduction du corps de l'homme sous le vêtement de la femme apparaît immédiatement : c'est celui de l'union sexuelle. H... va donc accomplir un acte dérivant de ses tendances érotiques refoulées et c'est précisément parce que ses notions morales prédominantes refoulent ses tendances que, malgré lui, celles-ci s'extériorisent à l'aide d'un symbole dont sa conscience ne perçoit pas la signification.

Sa conduite le prouve et la façon dont il l'expose ne laisse aucun doute. D'abord, en effet, il ne saisit que le ridicule de ce travestissement, de cette pensée imprévue dont il est stupéfait tout le premier. Il résiste donc à cette envie stupide qui l'opprime. Une lutte s'engage entre sa personnalité consciente et sa personnalité inconsciente. Incapable de se libérer entièrement, il ajourne la satisfaction de l'obsession et il se contente de cacher les objets de lingerie sous un arbre.

Les jours suivants, il continue de ruminer la même idée qui de plus en plus s'empare de son esprit. Le 17 juin, toujours poussé par l'obsession tyrannique, rôdant autour de sa cachette, il soustrait encore dans un jardin, tablier, jupon et bas qui vont rejoindre la lingerie. Enfin le 20 juin, H... se déshabille et s'affuble

du costume féminin ; il empaquette ses effets militaires dans un tablier et, en même temps, trouvant grotesque son déguisement, il le dissimule en partie sous sa capote qu'il revêt par-dessus le peignoir.

Ainsi paré, et donc au paroxysme de cette similitude copulation inconsciente, il aperçoit une enfant de six ans. Alors cet homme, père lui-même d'une fillette du même âge qu'il aime et respecte, appelle cette enfant, l'embrasse et, cédant à son instinct déchaîné, il déboutonne la petite culotte et touche les parties génitales. A-t-il de plus exhibé sa verge ? C'est possible, quoiqu'il le nie. L'enfant s'étant mise à pleurer, ce psychasthénique qui, heureusement, n'a pas de penchants à la violence et au sadisme, se ressaisit, laisse partir la fillette et est bientôt arrêté par les passants accourus à l'appel de la mère.

Cet attentat à la pudeur n'a donc pas été complètement automatique, mais il est certain que la conscience du coupable était profondément obscurcie et sa volonté très-affaiblie d'abord par la longue période de résistance douloureuse à l'obsession impulsive et ensuite par l'exacerbation de l'ardeur érotique concomitante au soulagement de l'obsession.

En somme, si l'on voulait traduire en un langage vulgaire ces explications techniques, on dirait que H... est un honnête homme frappé subitement d'un coup de folie. Je rappelle enfin qu'il dit avoir été commotionné ; je n'ai pu obtenir de son unité confirmation du fait. Quoi qu'il en soit, les fatigues et les émotions qu'il a supportées pendant son séjour au front ont pu aggraver sa constitution psychasthénique et diminuer sa force de résistance aux impulsions.

Conclusions.

1° H... n'est pas un amoral ni un perversi sexuel. C'est un psychasthénique constitutionnel et un érotique qui a eu un trouble mental transitoire caractérisé par une obsession-impulsion pénible et irrésistible dérivée des tendances instinctives ;

2° Le vol de linge et de vêtements de femme et le déguisement sont le résultat de cette obsession-impul-

sion qui symbolise inconsciemment un acte sexuel. L'attentat à la pudeur a été commandé par l'excitation érotique consécutive au soulagement de la précédente obsession ;

3° Pendant l'exécution de ses actes, le trouble mental le privait de discernement. Maintenant, il est en état de comprendre la sanction pénale éventuelle de ses actes ;

4° Il est adaptable à la vie militaire et n'est pas en état d'être interné.

(H... a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1919.

Présidence de M. DUPAIN, président.

Lecture et Adoption du procès-verbal de la séance de juillet.

MM. Wimmer, de Copenhague, membre associé étranger, Bonhomme, Bussard, Courbon, Ducosté, Mignard, Revault d'Allonnes et Tissot, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Des lettres de MM. Rogues de Fursac et Ducosté, médecin de l'asile de Ville-Evrard, grièvement blessés l'un et l'autre par des malades de leur service, qui remercient la Société des vœux de prompt rétablissement qui leur ont été adressés, par les soins du Secrétaire général. La Société est heureuse d'apprendre que ces deux collègues sont actuellement hors de danger ;

2° Une lettre de M. Boudon, qui remercie la Société de son admission parmi les membres correspondants ;

3° Une lettre de M. Page, de Bellevue, membre correspondant, qui pose sa candidature à l'une des prochaines places vacantes de membre titulaire ;

4° Une lettre de M. Frankenhauser, directeur-médecin de l'asile de Stephansfeld, près Strasbourg, qui pose sa candidature au titre de membre correspondant.
Commission : MM. Colin, Ritti et Trenel, rapporteur ;

5° Une lettre de M. Halberstadt, directeur-médecin de l'asile Saint-Venant (Pas-de-Calais), ayant le même

objet. — Commission : MM. Briand, Pactet et Juquelier, rapporteur ;

6° Une lettre de M. Benon, médecin du quartier d'aliénés de l'Hospice de Nantes, ayant le même objet.

— Commission : MM. Séglas, Sérieux et Lwoff, rapporteur.

Mort de MM. Tamburini et Paul Ladame.

M. LE PRÉSIDENT. — J'ai le regret de faire part à la Société du décès, survenu depuis notre dernière séance, de deux de nos associés étrangers les plus distingués : M. le Dr Tamburini, professeur de clinique psychiatrique à l'Université royale de Rome, et M. le Dr Paul Ladame, ancien privat-docent à l'Université de Genève. Des lettres de condoléance ont été adressées, au nom de la Société, aux familles de ces regrettés collègues.

Décisions du Conseil de famille de la Société.

M. LE PRÉSIDENT. — Pour faire face aux dépenses sans cesse croissantes de l'impression du compte rendu de nos séances, le Conseil de famille de la Société, après délibération, a décidé de supprimer momentanément les jetons de présence, ce qui ramène uniformément à 36 francs la cotisation annuelle des membres titulaires.

Il a décidé d'autre part que le nombre des pages d'impression à attribuer à chaque communication ne devra pas dépasser six. Cette décision sera à l'avenir rigoureusement appliquée.

L'arrivée du premier médecin directeur allemand à l'asile de Stephansfeld d'après ses « Souvenirs »,

Par M. TRÉNEL.

Ce livre me fut mis dans les mains peu après mon arrivée par l'un des médecins allemands de l'asile de Sarreguemines. C'est un intéressant et amusant chapitre, écrit avec simplicité par un homme vrai, et dont

on ne peut s'empêcher de trouver sympathique la face barbuée de *Vater Rhein*, mise en tête du volume. C'est aussi une page d'histoire.

Quand Pelman arriva à Strasbourg tout y était en ruines, « c'était une grande époque et une joie de la vivre ». Voilà qui est bien allemand comme rapprochement d'idées. La camaraderie du tout puissant Althoff qu'il avait connu comme *Fuchs*, à Bonn, lui valut d'être désigné pour Stephansfeld. Disons-le en passant, Althoff distribuait les places aux amis et connaissances. Cela est bon à constater et nous incline à ne pas nous étonner à l'heure présente.

A noter d'abord qu'il reconnaît comme fou (*törricht*), de la part de certains, d'avoir cru que les Alsaciens ouvriraient les bras aux nouveaux venus dans la joie de redevenir Allemands et il comprend, qu'à commencer par la femme, Strasbourg se montrât distant pour le conquérant.

Quant à lui, il n'eut pas à souffrir dans ses rapports avec la population de Brumath, la ville voisine de Stephansfeld, de la manifestation de tels sentiments.

Il faut dire qu'il employa la manière que nous appellerions « boche » aujourd'hui. La fête du vieux Kaiser tombait le jour de Pâques et les fortes têtes Alsaciennes voulaient en profiter pour s'abstenir de paraître au banquet que Pelman offrait à cette occasion. Il annonça alors qu'il y aurait une table maigre ; personne ne put se dérober à l'invitation. Mais quand tout le monde fut réuni il donna à entendre qu'en ce jour les brebis galeuses se feraient reconnaître et tout le monde alla à la table aux viandes.

Le voilà donc parti pour Stephansfeld et il y débarque sans cérémonie avec sa malle. « La situation ne manqua pas de comique, quand le portier m'ayant poliment demandé en français à qui il avait l'honneur de parler, et qu'à ma réponse en allemand que j'étais le nouveau directeur, il s'éclipsa et me planta là au milieu de la cour. »

Il était édifié sur les sentiments de l'Alsace. Le silence des portiers est la leçon des directeurs. Le sourire épanoui du vieil Alsacien de l'asile de Steinbach me fut d'un bon augure à mon arrivée.

Pelman est consolé par l'accueil de la supérieure qui l'assure de son assistance fidèle pour tout ce qu'il ferait de bien à l'asile, et qui lui tint parole jusqu'à la mort.

Ce qui lui fut moins agréable c'est que, le directeur français occupant encore son appartement, on le cantonna dans une petite chambre en proie à la canicule et aux mouches.

Ce directeur ignorant complètement l'allemand lui remit la correspondance administrative intacte et bien cataloguée, en s'excusant de ne pouvoir aucunement le renseigner sur les malades. Le personnel médical, — un médecin de marine signale-t-il malicieusement — étant parti emportant les archives médicales et en vertu de la division des pouvoirs le directeur n'ayant aucun rapport avec les malades.

Pelman se déclare satisfait de la conduite du receveur, ancien officier français, qui lui épargna la corvée des chiffres, et en cela tout médecin d'asile comprendra son sentiment de reconnaissance.

Mais avec l'économe, il n'en fut pas de même ; car celui-ci, Alsacien, afficha hautement sa répulsion pour le nouveau régime. Et là, on peut compatir à ses ennuis. Car ce mauvais farceur ne l'avertissait qu'à la dernière extrémité qu'une denrée allait manquer. Il y a une certaine histoire de vin qui ne manque pas de saveur. Cela, en effet, ne dut rien avoir d'agréable d'apprendre qu'il n'y avait plus de vin, avec la perspective d'une révolte générale des malades et du personnel contre le directeur, *dütsche*, car en même temps le mauvais plaisant faisait remarquer que les vins français n'entraient plus en Alsace et que les vins alsaciens étaient hors de prix. Mais la vertu est récompensée : un marchand de vins se présenta en sauveur ; il avait besoin de vider ses propres tonneaux et offrait de remplir ceux de l'asile, et ce fut une bonne affaire.

Le départ de l'économe délivra bientôt Pelman de ce sonci.

Le rôle comique est tenu par un commis aux écritures, ignorant l'allemand, grâce à ses traductions amusantes des termes techniques. Il y a aussi une question de viande que Pelman considère comme typique de l'administration française. La sœur de la cuisine ne sachant

pas un mot de français avait interverti les menus à sa façon — judicieuse d'ailleurs — sans que depuis des années le directeur s'en fût aperçu.

Quant au côté médical il en fait le procès en règle, et l'on ne peut lui donner tort. Pas d'observations de malades, — avaient-elles jamais existé ? Seulement les notes mensuelles de registres de la loi, et nous n'avons pas besoin de ce témoignage pour savoir ce qu'en vaut l'aune. Et les deux internes, simples étudiants en médecine, n'étaient pas capables de le renseigner en quoique ce soit. Tout était resté en l'état où cela se trouvait au départ du médecin jusqu'à la camisole de force où l'on avait laissé des malades depuis ce jour. De plus on n'avait accordé aucune sortie depuis ce temps, en les remettant à l'arrivée du médecin allemand. Si bien que Pelman se décida à accorder des sorties en masse sur les indications des sœurs. Ce qui n'allait pas sans inconvénients, comme on le verra ; il est vrai que dans les registres l'épithète « dangereux » était distribuée généreusement, car cette dénomination avait l'avantage d'augmenter la quote-part du département dans la pension des malades.

La tâche fut rude pour remettre la machine en train, et l'appétit n'allait pas, surtout qu'une bière inaccoutumée avait donné à Pelman un catarrhe gastro-intestinal, et malgré tous les petits soins culinaires des sœurs, les plats retournaient à la cuisine tels qu'on les lui apportait.

Heureusement, il y avait le *vortrefflicher* Bordeaux de l'asile, Pelman lui doit la vie, il lui en est reconnaissant ; il en vécut pendant des jours — et ce fut, dit-il lui-même, au grand scandale des bonnes sœurs, car je crois bien qu'il fut dans les vignes du Seigneur, pendant ces huit jours. J'ai eu l'indélicatesse de me renseigner là-dessus auprès d'une vieille sœur qui était là en 70 : elle m'a répondu qu'elle était jeune en ce temps-là, et qu'elle ne se rappelait plus. Mais Pelman avoue que plus d'une fois il lui revint dans la suite des lettres qu'il ne s'est jamais rappelé avoir écrites — il attribue cette amnésie à son état d'épuisement dans lequel il retomba à plusieurs reprises. Nous sommes trop *höflich* pour le contredire.

Les difficultés étaient grandes. Mais Pelman les surmonta grâce à l'active et bienveillante collaboration de la Commission de surveillance et de son président. Que les Commissions de surveillance du passé, du présent et de l'avenir soient fières des compliments que cet Allemand adresse à cette organisation française. Pour nous, nous savons qu'il y a à en prendre et à en laisser.

Ce qui facilita la tâche c'est que la situation pécuniaire de l'asile était bonne. La question budgétaire s'y traitait d'une façon patriarcale. Un prix de journée était voté. C'était au Directeur à s'en tirer. Quelque 10 ans auparavant une mauvaise administration avait créé un déficit de 100.000 francs. Heureusement pour Pelman que son prédécesseur immédiat avait rétabli la situation. Il put ainsi librement disposer de son budget ; il avait les mains libres sous condition de l'aveu du président de la commission. Plus tard, quand dans les asiles de la Province rhénane il lui fallait voir ses économies servir à couvrir le déficit des collègues, il regrettait amèrement cet âge d'or.

Quelles belles cultures aussi ! Jamais il n'a revu si beaux légumes. Il est vrai qu'ils étaient fumés largement, mais d'une façon élémentaire : chaque jour une colonne de travailleurs allait déverser dans les champs le contenu des w.-c. rudimentaires, simples tonneaux dans un trou creusé en terre. Pelman n'en revient pas de cette simplicité des mœurs hygiéniques d'alors, qui faisait refuser à un typhique les bassins perfectionnés introduits par le médecin allemand.

Et les cochons !... car il y a aussi l'histoire du cochon. Ça, c'est un titre de gloire. Pelman s'en glorifie en effet ; car c'est grâce à ce cochon, qu'il établit sa renommée dans le pays : les cochons indigènes qu'il trouva dans la porcherie lui déplurent par leur vulgarité et leur tournure plébéienne, *Landschweinen mit langen Köpfen und von sehr plebejischen Aussehen*. Il résolut de les anoblir par une infusion de sang allemand (au fait les cochons allemands sont peut-être aussi des Aryens pur sang) et fit venir de Magdebourg un superbe vérat à un prix dont jamais n'avait été payé cochon depuis que l'Alsace existe. Il faillit bien encourir les foudres administratives pour une telle dépense ; mais

heureusement quand le moment arriva de rendre les comptes, le vérat avait fait souche et ses innombrables descendants faisant prime sur le marché, il était payé et au delà. Chrétiens, je vous le dis en vérité, le cochon de Stephansfeld est exquis et fondant.

Gloire à Pelman et au vérat de Magdebourg ! Leurs arrières-neveux sont énormes et leur groin est merveilleusement camus. Ils ont rempli d'admiration une commission, fine connaisseur en la matière, comme le démontre une porcherie d'asile illustre par sa fièvre aphteuse et sa puanteur. Il n'y a pas qu'à Stephansfeld où le cochon soit la grande pensée d'un règne. Mais là du moins, le pâté du banquet de réception était fameux, fameux.

Si le cochon alsacien avait besoin d'être amendé, du moins bien des points de l'organisation française ont l'approbation de Pelman. C'est à Stephansfeld qu'il connaît le pécule des travailleurs, système dont il fait le plus grand éloge — quoique à cet asile le pécule des travailleurs passât depuis des années dans les poches d'un ex-malade devenu employé de bureau et qui avait astucieusement établi un petit commerce par le moyen duquel il drainait tout cet argent ; il y fut mis bon ordre. La conclusion de l'histoire est triste. Cet ex-malade, le papa Didier, jadis interné pour meurtre de sa femme, fut mis dehors. Alors il se remaria et bientôt eut sa deuxième femme.

Mais ce que Pelman apprécia hautement, ce fut la loi de 1838. On en chercherait vainement un plus complet éloge sans restriction ; et Gambetta, promoteur de sa revision, en prend pour son grade, avec quelque partialité compréhensible après 1871. Quant au personnel, Pelman ne parle que des sœurs. Il s'en loue fort ; point qu'on s'en étonne : les filles de Saint-Vincent gardent sous la cornette la franche gaieté et la bonhomie des gens des plaines de l'Ill et des vallées des Vosges.

En quittant Stephansfeld, Pelman lui adresse un souvenir ému. Pour qui a vu cette vieille maison, avec ses loges à colonnes et ses grands arbres, on comprend les regrets que laissent à ceux qui les quittent les riants paysages de l'Alsace à la terre rouge.

C'est mélancoliquement, qu'en 1912, finissant ce chapitre de « ses Souvenirs d'un vieil aliéniste », Pelman écrivait en se rappelant les jours passés : « Ils s'en va depuis ce temps bien autrement en Alsace et ce n'en est pas mienx. *Es ist seit jener Zeit in Elsass manches anders und nicht genau besser geworden.* »

Ces lignes datent de 2 ans avant l'horrible, effroyable guerre. Il n'en a pas vu la fin. Que dirait-il aujourd'hui ?

Commotion et confusion mentale,

Par M. RAYMOND MALLET.

Isolée de tous les accidents que peut entraîner l'explosion d'un obus à faible distance d'un homme, la commotion cérébrale est relativement rare. Pour qu'il y ait *commotion* il faut que *l'homme perde connaissance*; et cette condition élimine déjà un grand nombre d'accidents d'ordre émotionnel ou hystérique susceptibles d'être déclanchés, par exemple, par la seule vision d'une scène d'épouvante. De même il peut y avoir, suivant l'expression de M. Léri, *contusion sans commotion* (1) : nous avons eu nous-même l'occasion de voir avec cet auteur des malades pris dans une zone d'explosion qui n'avaient pas perdu connaissance et chez lesquels le traumatisme avait néanmoins causé des lésions cérébro-médullaires. Le commotionné peut être secondairement un contusionné, un émotif, parfois même un hystérique, mais il passe par une phase d'inhibition psychomotrice qui lui est propre.

En général le commotionné pur revient à la lucidité au bout de quelques minutes ou de quelques heures, ne gardant, après une courte période de ralentissement intellectuel sans confusion ni délire, que l'amnésie de l'accident initial et de la phase consécutive d'inertie physique et mentale.

Toutefois nous avons vu quelques commotionnés

(1) A. Léri. *Commotions et émotions de guerre*, p. 37 et suiv. (Paris, Masson, 1918).

graves présenter au sortir d'un coma qui s'était particulièrement prolongé un syndrome *confusion mentale* dont certains caractères sont à retenir.

Le malade avait été commotionné dans des conditions spéciales : il avait été enterré sous un abri, dans une sape, et un facteur *traumatisme* s'était ajouté en général un autre facteur, l'*intoxication*.

Le *traumatisme* faisait parfois du commotionné un contusionné, mais souvent on ne constatait aucun signe de localisation nerveuse, l'examen du liquide céphalo-rachidien ne donnant lui-même aucune modification notable. Il y avait eu surtout, semble-t-il, des phénomènes de décompression brusque comme dans la maladie des caissons, mais se produisant d'une manière diffuse sur l'encéphale.

L'*intoxication* n'était pas provoquée par les gaz asphyxiants ; les obus toxiques agissaient autrement ; on avait affaire à une intoxication par oxyde de carbone, celui-ci provenant de la combustion de l'explosif et s'infiltrant aisément en tant que gaz lourd dans toute excavation de terrain où il pouvait alors séjourner.

De telle sorte que la *confusion mentale* que présentait secondairement le commotionné apparaît comme la conséquence d'une intoxication par oxyde de carbone (anoxémie des cellules cérébrales) et de troubles circulatoires encéphaliques par décompression brusque.

Il en résulte un tableau clinique de confusion mentale post-commotionnelle qui se différencie nettement des états confusionnels consécutifs à un éclatement d'obus dans lesquels interviennent surtout des éléments névropathiques ou émotionnels.

Obs. I. — El... (Louis), vingt-huit ans, du 354^e R. I., est amené à l'ambulance de Suippes le 4 décembre 1915.

D'après les renseignements que nous avons obtenus du médecin de régiment, El... avait été la veille « enseveli pendant quelques minutes sous un abri blindé ; à peine dégagé, il fut examiné et jugé intransportable. Il est resté dans le coma jusqu'au lendemain matin où il put seulement articuler quelques paroles. Signes constatés : cyanose intense de la face, mydriase, émission d'urine et de matières ; pas de vomissements ni de parésie des membres inférieurs ».

A son arrivée à l'ambulance El... n'est plus dans le coma. Il comprend certaines de nos questions, répond péniblement à quelques-unes, par bribes, se montre ainsi désorienté dans le temps et le milieu extérieur, dit son nom, son âge, mais est incapable, tout en se rappelant être soldat, de donner quelques précisions sur la guerre, sur son régiment, sur ce qu'il a vécu les jours précédents. Avec effort il se souvient de quelques vagues détails de sa vie civile. Ni délire, ni hallucination. Agitation motrice sans violences : un infirmier doit veiller en permanence auprès du malade.

Au point de vue organique on note une vaste ecchymose s'étendant sur la face y compris les conjonctives, sur le cuir chevelu, la partie supérieure du tronc et la racine des membres supérieurs, ecchymose en pèlerine en rapport, croyons-nous, avec des phénomènes de décompression brusque dans le territoire de la veine cave supérieure. C'est sans doute cette teinte violacée, ecchymotique, qui a fait parler de « cyanose intense de la face », le malade ne présentant par ailleurs aucun signe d'asphyxie, aucun trouble respiratoire ou cardiaque.

L'examen du système nerveux montre une parésie du membre inférieur droit portant surtout sur les extenseurs, avec abolition des réflexes tendineux ainsi que des réflexes abdominal et crémasterien du même côté; le réflexe plantaire nettement en flexion à gauche est indifférent à droite. D'ailleurs réflexes tendineux et cutanés sont normaux à gauche. Pas de troubles de la sensibilité objective. Pas de troubles des sphincters. La ponction lombaire ramène un liquide clair, sans hypertension, dont l'examen effectué au laboratoire de bactériologie de l'armée a donné les résultats suivants : pas d'hyperalbuminose; réduction normale de la liqueur de Fehling; pas de lymphocytose; pas de globules rouges.

L'évolution de ces troubles nerveux, le malade s'étant plaint uniquement de douleurs lombaires pendant quelques jours, a été rapidement favorable : la motilité est redevenue progressivement normale; les réflexes cutanés ont réapparu les premiers, le Babinski se faisant en flexion; le réflexe achilléen se dessinait dès le 7 décembre; le réflexe rotulien droit ne redevenait perceptible que le 5 janvier.

Ces troubles nerveux s'expliquent vraisemblablement par une elongation des racines rachidiennes entre D 11 et S 2.

L'état mental s'est amélioré assez rapidement. Le surlendemain de son arrivée à l'ambulance, le 6 décembre 1915 par conséquent, El... se croyait au mois d'août 1915 à l'hôpital de Revigny depuis cinq jours. Il racontait être soldat au 154^e R. I. depuis un temps qu'il ne pouvait préciser, avoir été blessé dans les environs de Verdun et il montrait une cicatrice superficielle

au niveau du bras droit. En fait El... avait d'abord appartenu au 154^e R. I. avait combattu autour de Verdun, et, blessé légèrement au bras, avait été évacué sur Revigny en août 1915; après une courte convalescence il avait rejoint fin septembre le 354^e R. I. en Champagne.

Le 7 décembre El... ignore tout de la Champagne; « je n'y ai jamais été », répond-il à nos questions. Il ne sait comment il est venu à l'ambulance, ni depuis combien de temps il s'y trouve. Il souffre de la région lombaire et l'explique en disant qu'il a porté de lourdes charges.

Le 9 décembre certains souvenirs récents reviennent. El... se rappelle être venu en Champagne pour l'attaque; de celle-ci il ne peut rien évoquer.

Dans la suite il précise ce point qu'il a rejoint son nouveau régiment à Suippes, mais là commence une lacune qui s'étend jusque vers le septième jour de son séjour à l'ambulance. Seule une légère dysmnésie persiste pour les faits anciens; pas d'amnésie de fixation; pas d'affaiblissement intellectuel notable.

Obs. II. — Cour... (Charles), âgé de trente ans, de la 4^e batterie du 5^e groupe d'Afrique, est admis au centre psychiatrique de Châlons-sur-Marne le 11 avril 1917.

Le médecin du régiment nous a fourni les détails suivants « sur les faits qui ont nécessité l'évacuation du canonnier Cour... Le 8 avril à 6 heures du soir ce canonnier fut fortement intoxiqué par de l'oxyde de carbone à la suite d'un éclatement d'un gros obus dans un puits de sape au fond duquel il se trouvait. Malgré la rapidité du secours qui lui fut porté, lorsqu'on le remonta, il avait complètement perdu connaissance et il fut même nécessaire de lui faire de la respiration artificielle pendant dix minutes avant que la respiration fût bien nette. Ensuite il fut évacué. »

Nous n'avons vu Cour... que le surlendemain à l'hôpital. L'interrogatoire est alors impossible : le malade est agité non violent; c'est plutôt de l'instabilité motrice avec stéréotypie de gestes; sa mimique traduit l'égarement, la perplexité; aucune manifestation délirante ou hallucinatoire.

L'interrogatoire devient possible au bout de vingt-quatre heures. Cour... ignore le jour, l'année, d'où il vient, où il est. Il dit son nom, sait qu'il est de la division marocaine et artilleur, mais il est incapable de dire son âge, son régiment. Il demande si la guerre est finie, se rappelle avoir quitté Valenciennes où il a laissé sa femme, sans enfant, mais ne peut dire à quelle date. Pas de délire. Pas d'hallucination. Agitation motrice : le malade fixe difficilement son attention; il plie et déplie ses couvertures d'une manière stéréotypée, remue sans cesse bras et jambes, cherche à se lever.

L'examen organique ne montre aucun signe lésionnel. Liquide céphalo-rachidien normal.

Le 12 avril, Cour... ne reconnaît pas son infirmière, ni le médecin, ne sait pas qu'il est à l'hôpital; il fait effort pour se retrouver.

L'agitation motrice persiste. Le malade pleure: « Pourquoi? » lui demande-t-on. — Je ne sais pas; je ne peux pas m'en empêcher. »

Le 13, réapparition de quelques souvenirs: Cour... dit avoir un enfant de quatre ou cinq ans, qu'il y a au moins un an qu'il est à la guerre (il est sur le front depuis le début des hostilités); mais il ignore toujours où il est, depuis combien de temps, comment et d'où il y est venu. L'agitation motrice se calme. Pleurer spasmodique.

Les jours suivants une amélioration se dessine, progressive mais lente. Les souvenirs anciens se précisent les premiers; ce qui concerne la guerre reste longtemps flou; aucun souvenir de l'accident initial, de ce qui l'a précédé et suivi; la mémoire de fixation reste incomplète; plus d'agitation motrice; crises de larmes que le malade n'explique pas.

Dans le courant du mois de mai Cour... reçoit la visite de sa sœur (sa femme est encore en pays envahi). Il la reconnaît, l'appelle par son nom, se souvient de l'avoir quittée à Bains dans les Vosges à la fin de sa dernière permission. Les renseignements que Cour... nous avait donnés les jours précédents sur ses antécédents sont exacts: il est le deuxième de sept enfants bien portants; il n'a jamais eu de maladie grave; ses parents sont encore vivants.

Lors de la seconde visite de sa sœur, Cour... se rappelle la première, mais il est incapable de répéter certains propos qu'on lui avait demandé de retenir et qui étaient particulièrement intéressants pour lui.

En juin la femme du malade, rapatriée, vient le voir à l'hôpital. Cour... se montre heureux, évoque avec elle le passé, s'informe de son enfant, pleure d'émotion cette fois. Sa femme ne l'a jamais connu « nerveux, émotif ».

En juillet, Cour... est réformé temporairement. Il présente encore une amnésie lacunaire complète aux limites imprécises qui commence quelques jours avant la commotion et finit une semaine environ après l'arrivée à l'hôpital; on constate en outre une amnésie de fixation assez marquée, ainsi d'ailleurs qu'un ralentissement notable de tout travail intellectuel, sans que l'on puisse parler d'affaiblissement proprement dit. Le pleurer spasmodique persiste, atténué.

Nous avons choisi deux observations qui mettent

assez bien en valeur l'une le rôle des phénomènes de décompression brusque, l'autre celui de l'intoxication oxycarbonée dans la pathogénie de la confusion mentale post-commotionnelle. Aussi bien ces deux facteurs peuvent-ils se combiner sans qu'il soit toujours aisé de faire la part de chacun d'eux. Mais on voit combien dans des cas semblables il reste peu de place à l'élément émotif.

Le tableau clinique de la confusion mentale post-commotionnelle, telle que nous l'avons définie, présente quelques particularités.

Quand le malade sort du coma il passe par une phase de confusion profonde au cours de laquelle il cherche à se retrouver; il fait effort, mais en vain, car il n'a à sa disposition que des bribes d'idées et de souvenirs. Et ce néant intellectuel explique l'absence de délire, d'hallucinations chez le malade : il est comme ces grands blessés que nous avons vus, ceux qui avaient perdu beaucoup de sang particulièrement, qui tombaient dans le coma terminal sans phénomènes délirants ou hallucinatoires, mais en proie à une vive agitation qui leur faisait arracher leurs pansements, rejeter draps et couvertures, chercher à se lever, etc.

L'agitation motrice est en effet la règle chez nos malades; elle a été notée aussi par M. Léri chez ses contusionnés (1), par MM. Babonneix et Brissot chez leurs blessés confus (2), par MM. Logre et Bouttier qui ont remarqué parallèlement l'absence de réactions hallucinatoires chez leurs traumatisés cérébraux (3). Il semble que dans certains cas la sidération psychique a été telle que « l'excitation automatique des centres corticaux », signalée par MM. Capgras, Jaquelier et Bonhomme, ne peut se traduire que dans le domaine moteur (4).

(1) A. Léri. *Loco citato.*, p. 67.

(2) Babonneix et Brissot. Étude sur cinq cas d'affections mentales d'origine traumatique. *Revue neurologique*, mai-juin 1918, p. 316.

(3) Logre et Bouttier. La sémiologie psychique des traumatismes cérébraux récents. *Paris médical*, 24 mai 1919, p. 408.

(4) Capgras, Jaquelier et Bonhomme. La confusion mentale dans ses rapports avec les événements de guerre. Extrait du *Bull. de la Société clinique de médecine mentale*, décembre 1917, p. 11.

Nous n'insisterons pas sur les troubles de la mémoire qui se prolongent au delà de la phase confusionnelle : amnésie lacunaire définitive, amnésie rétro-antérograde transitoire. Ils sont d'ailleurs rarement isolés, le malade présentant un ralentissement intellectuel global plus ou moins marqué. Ralentissement plutôt que déficit et qui semble passager, mais notre observation n'a pu être assez prolongée pour que nous soyons affirmatifs.

Pour cette même raison nous ne parlerons pas des séquelles commotionnelles tardives, parmi lesquelles on a cité l'hyperémotivité (1); nous ferons seulement remarquer que chez certains malades il nous a paru qu'on avait affaire, plutôt qu'à des manifestations affectives, à du pleure et à du rire spasmodiques (nous avons des exemples typiques à cet égard) rappelant le rire et le pleurer spasmodiques des pseudo-bulbaires.

Ainsi spécifiée la confusion mentale post-commotionnelle s'isole aisément des états confusionnels d'origine émotive. Ceux-ci surviennent chez des hommes qui parfois ont été renversés dans une zone d'explosion, d'autres fois n'ont eu qu'un *choc émotif*, l'émotion à elle seule étant capable de déterminer un état confusionnel (2). On trouve alors une période de latence entre le choc causal et l'éclosion des troubles, période pendant laquelle s'établirait un véritable processus d'auto-intoxication (3).

Il n'y a pas eu perte de connaissance : une confusion intellectuelle légère, qui se traduit surtout par de la difficulté de l'effort, s'est installée parallèlement à un délire hallucinatoire qui se trouve au premier plan du tableau clinique et dont le thème est emprunté aux circonstances de l'accident. Cette confusion avec délire

(1) Dumas et Delmas. Les confusions mentales d'origine commotionnelle chez les blessés. *Arch. de médecine et de pharmacie militaires*, janvier 1917, p. 74.

(2) Ph. Chaslin. La confusion mentale. Extrait des *Ann. méd.-psychol.*, juillet-août et septembre-octobre 1915, p. 14. — Gilbert-Ballet et Rogues de Fursac. Les psychoses commotionnelles. *Paris médical*, 1^{er} janvier 1916. — J. Lépine. *Troubles mentaux de guerre*, p. 25 (Paris, Masson, 1917).

(3) G. Dumas. *Troubles mentaux et troubles nerveux de guerre*, p. 66 (Paris, Alcan, 1919).

évolue en général assez rapidement vers la guérison mais laisse souvent, en dehors d'une amnésie *incomplète* portant sur la période confusionnelle, des séquelles d'ordre émotionnel ou hystérique ; parmi ces séquelles une place à part semble devoir être faite au puérilisme mental dont on pourrait rapprocher certains syndromes d'aproxexie systématisée isolés par M. Chavigny (1).

DISCUSSION

M. PIÉRON. — Je suis tout à fait d'accord avec M. Mallet sur les grandes lignes de cette communication. Il y a des commotions pures dont la caractéristique est l'inhibition, tandis que l'émotion paraît surtout entraîner des troubles confusionnels et hallucinatoires. Malheureusement, dans bien des cas, on se trouve en présence d'états mixtes. En particulier, pour ce qui est du puérilisme, dont j'ai rapporté une série d'observations, je conclus que c'est toujours dans des cas à l'origine desquels se trouve l'émotion qu'on le rencontre.

M. JUQUELIER. — D'autre part, dans les cas mixtes, où la commotion vraie est intervenue, mais où la prédisposition toxi-infectieuse joue un rôle à son tour, il ne faut pas nier l'importance étiologique du traumatisme parce que les accidents confusionnels et délirants apparaissent très rapidement après les phases de coma et d'inhibition initiale.

M. DUPOUY. — Il faut faire une différence très nette entre les cas de commotion par obus et les cas d'intoxication par l'oxyde de carbone. Ces derniers, aux

(1) Charon et Halberstadt. Puérilisme mental au cours d'une psychose post-commotionnelle. *Revue neurol.*, 1916, 88, p. 316. — Laignel-Lavastine et Victor Ballet. Maniérisme puéril post-confusionnel. Soc. médico-psychol. du 18 déc. 1916 (*Ann. médico-psychol.*, avril 1917, p. 232). — Bonhomme. Un cas de puérilisme mental post-commotionnel. Soc. médico-psychol. du 26 mars 1917 (*Ann. médico-psychol.*, juillet 1917, p. 384). — R. Charpentier. Puérilisme mental au cours des opérations de guerre. Psychoses émotionnelles. *Revue neurol.*, 1917, n° 6, p. 296. — Chavigny. Pathologie de l'attention. Etude d'un syndrome d'aproxexie systématisée. *Ann. médico-psychol.*, janvier 1918, p. 72.

troubles mentaux dus à l'intoxication, ajoutent un aspect vultueux, de l'excitation, de l'euphorie et présentent un véritable syndrome pseudo-maniaque.

Quant aux commotionnés purs, s'il faut une période de coma si courte soit-elle, comment ferez-vous le diagnostic? Souvent, même au poste de secours, il est impossible de savoir si une perte de connaissance s'est produite. A plus forte raison, à l'ambulance ou à l'hôpital, il sera impossible de faire un diagnostic rétrospectif de commotion.

Il faut éliminer les explosions d'obus en chambre close à cause de l'intoxication possible par les gaz. Si l'on considère les commotions pures, par explosion d'obus en endroit libre, alors que certaines de ces explosions s'accompagnent de contusions simples, d'autres donnent naissance à de la commotion cérébrale. Pourquoi? Il faut faire intervenir l'action directe du jet-explosif sur les centres nerveux. Il faut tenir compte aussi, et un compte important, du terrain mental de l'individu. Dans un cas que j'ai observé, six individus furent victimes de l'explosion d'une mine : un seul présenta des phénomènes mentaux et l'étude de ses antécédents mit en évidence un passé nerveux très particulier.

Il faut faire intervenir aussi l'existence de petites lésions hémorragiques du cerveau, petites lésions diffuses de la corticalité.

M. RAYMOND MALLET. — J'ai seulement voulu dire que la forme de confusion mentale que je rapporte se trouve chez des individus ayant perdu connaissance à l'occasion d'une commotion. Je ne vois pas là place pour l'intervention d'un facteur émotif : beaucoup d'entre eux furent commotionnés dans une sape, dans un abri, en dehors de la possibilité de l'intervention de tout facteur émotif. J'ai voulu isoler une forme de confusion mentale commotionnelle pure dans laquelle il n'y a pas place pour un facteur émotif.

M. DELMAS. — Je suis tout à fait d'accord avec M. Mallet sur la nécessité qu'il y a de distinguer nettement les cas où la commotion agit comme contusion de ceux où l'émotion-choc est seule en cause. Dans un travail publié ailleurs nous avons proposé de diffé-

remercier ces deux mécanismes étiologiques par les termes de commotion-contusion et de commotion-émotion.

Il est des cas dans lesquels la discrimination est difficile. Ce sont les plus rares. La plupart du temps la discrimination est nette.

Dans la commotion-contusion, il existe un symptôme constant et caractéristique : c'est la perte de connaissance suivie d'un coma plus ou moins long, et de l'amnésie totale du traumatisme initial. M. Mallet a eu raison de l'indiquer.

Dans la commotion-émotion, au contraire, le symptôme constant est la conservation du souvenir du choc traumatique initial et des principales circonstances concomitantes.

Au début de la guerre, une des surprises des psychiatres a été justement la constatation de cette anamnèse, si contraire à ce qui était si couramment admis dans l'histoire des amnésies traumatiques.

Mais cette distinction établie, il reste à ajouter ceci qui est pour nous bien plus important encore, c'est que la commotion-contusion est presque une rareté par rapport à la fréquence extrême des commotions-émotions ; qu'en particulier toutes les séquelles psychonévrosiques et vésaniques que nous avons vu affluer dans les centres de psychiatrie avaient toutes pour origine des commotions-émotions et non des commotions-contusions.

C'est pourquoi nous croyons que les cas que vise la communication de M. Mallet sont des cas relativement rares.

Reste à discuter quel est le syndrome décrit par M. Mallet et considéré par lui comme une confusion mentale.

L'existence de la confusion mentale est la règle pour nous après la commotion-émotion ; nous ne pensons pas qu'il en soit de même après la commotion-contusion.

Le syndrome qui suit la commotion-contusion est un syndrome organique comme il est décrit depuis longtemps sous le nom de contusion cérébrale. Les chutes d'auto, d'avion et en général toutes les chutes accidentelles graves lui donnent naissance aussi bien que les

déflagrations par obus ou les explosions de mines ou de dépôts de munitions.

Il évolue suivant un mode quasi invariable qui est le suivant : perte de connaissance immédiate, état comateux, réveil suivi d'une phase d'agitation incohérente, amnésie antérograde ou continue, chacun des stades de cette évolution pouvant avoir une durée et une importance variables.

La phase d'agitation incohérente est celle que M. Mallet considère comme une forme de confusion mentale, et c'est avec raison qu'il indique qu'elle se présente de façon un peu spéciale, notamment sans délire et sans hallucinations. Est-ce bien de la confusion mentale ? Nous ne saurions le dire, et nous avons que cette question nous a souvent embarrassé. Les malades que nous avons observés ressemblaient beaucoup à ce qu'on voit dans les équivalents psychiques décrits sous le nom d'états seconds : ils en avaient l'agitation un peu monotone, d'allure automatique, la perte de présence au milieu, le langage incohérent fait de mots sans suite jusqu'au jour où on les retrouvait simplement amnésiques continus. Pour certains, nous avons en l'impression qu'il s'agissait d'une véritable amnésie maxima, d'un degré tel que le désordre mental paraissait total et non partiel.

Quoi qu'il en soit, et là nous sommes à nouveau pleinement d'accord avec M. Mallet, cette confusion mentale, si c'en est bien une, est assez atypique et en tout cas nettement différente des confusions mentales banales de guerre, dans lesquelles on rencontre presque toujours les troubles sensoriels et l'état onirique.

M. RAYMOND MALLET. — Il y a là une question d'étiquette à préciser. Les malades dont j'ai rapporté l'observation cherchaient à se retrouver, faisaient effort, cherchaient des points de repère et cela ressemble plus à de la confusion qu'à un état second.

M. DELMAS. — L'amnésie, de par son degré, ne suffit-elle pas à tout expliquer ?

M. DUPAIN. — M. Mallet a-t-il pu observer ses malades pendant un temps assez long pour suivre cette période et en déterminer la durée ?

M. MALLET. — Assurément, tous ces malades sont

des sujets que j'ai pu suivre jusqu'au bout et qui n'ont quitté mon service que réformés. La période dont il s'agit dure environ deux à trois mois.

M. PAUL VOIVENEL. — M. Mallet souligne admirablement dans sa communication la sidération cérébrale que fait la commotion : perte de connaissance obligatoire, puis courte période de ralentissement intellectuel, puis amnésie ; ni confusion, ni délire.

C'est à juste titre qu'il invoque l'action de l'intoxication par l'oxyde de carbone dans les cas de confusion mentale consécutive au coma « particulièrement prolongé » de certaines commotions.

Cette action semble, en effet, avoir été trop négligée par les divers auteurs.

Notre ambulance, devenue, par la combinaison des circonstances, formation spécialisée pour les gaz, a eu à soigner, parmi quelque quinze mille « suffoqués » ou « vésiqués », un assez grand nombre de malades intoxiqués par l'oxyde de carbone ou les vapeurs nitreuses.

Nous avons en particulier, en ce qui concerne l'oxyde de carbone, observé toute la gamme du syndrome : depuis la mort instantanée jusqu'aux confusions hallucinatoires violentes ressemblant au délire alcoolique aigu ; et enfin, aux « confusions » et « excitations » légères — que les anciens médecins militaires connaissaient quand ils parlaient d' « ivresse de la poudre » — et qui simulent à tel point l'ivresse que nous avons vu des chefs punir des hommes avec ce motif.

Les causes étaient : éclatement *sur* ou *devant* un abri, explosion de mines, intoxication consécutive au tir de sa propre batterie dans un espace presque clos, intoxication du même genre consécutive à un tir prolongé de mitrailleuse, intoxication due au mauvais tirage d'un poêle dans une cagna..., si bien que, dans un ouvrage sous presse sur les gaz, en collaboration avec le médecin aide-major Martin, nous écrivons — après avoir rappelé la difficulté à se défendre contre un gaz qui n'a pas de couleur, pas d'odeur, dont la densité est très voisine de celle de l'air auquel il se mélange, que rien ne décèle aux sens et qui traverse le masque et l'appareil Tissot : « Il est vraisemblable que, dans les guerres modernes où des tonnes d'explosifs de toute

sorte sont parfois déversées en un temps très court sur des espaces restreints en dégageant ainsi de grosses quantités d'oxyde de carbone, il doit se produire, même à l'air libre, des intoxications lentes, chroniques, dont la symptomatologie s'adaptant aux méiopragies individuelles doit être polymorphe et parfois difficile à rapporter à sa véritable cause. »

Dans les cas graves et moyens, souvent, après une période plus ou moins longue de torpeur ou de demi-coma (fréquente dans les explosions à courte distance où la perte de connaissance peut être le fait de la commotion), le réveil se produit peu à peu, quelquefois marqué par une violente crise de confusion hallucinatoire dont la durée va de quelques heures à quelques jours.

D'autres fois, c'est la confusion hallucinatoire qui ouvre le tableau, avec agitation extrême accompagnée de maux de tête, de vertiges, de nausées, et c'est la torpeur qui suit, le malade tombant dans un sommeil de plomb.

Quand la crise aiguë est terminée, il peut persister un subdélire tenace.

Le Mendélisme et l'hérédité dans les maladies mentales,

par M. AUG. WIMMER (de Copenhague).

Après avoir insisté sur les résultats discordants jusqu'à présent obtenus des recherches sur l'hérédité dans la pathologie mentale, le D^r Wimmer se demande, si, en adaptant les idées de Mendel sur l'hérédité normale à l'étude de l'hérédité dans les maladies mentales, on ne parviendrait pas à mieux comprendre le mode de transmission de ces maladies et surtout la fréquence de cet héritage funeste.

Après une exposition succincte des principales lois mendéliennes, le D^r Wimmer mentionne les difficultés diverses que rencontre l'application de ces lois à la pathologie humaine et les précautions qu'il faudra bien prendre pour éviter des chiffres erronés. Il préconise,

pour calculer la proportion des malades aux personnes saines, la méthode de *Weinberger*.

Avec cette méthode les résultats de ses recherches personnelles, faites à l'hôpital Saint-Jean (près Copenhague), ont été les suivants :

1° *Démence précoce*. 1068 frères et sœurs, dont 244 malades. Chiffre de fréquence d'après *Weinberger* 5.6 p. 100. La démence précoce semble être une maladie héréditaire et doublement *hybride* et a *récessivité*, c'est-à-dire déterminée par la présence (ou absence) de deux facteurs héréditaires. Le plus souvent, les parents de déments précoces sont d'apparence extérieure saine, mais à facteurs héréditaires; de plus, il faut qu'ils soient, *tous les deux*, porteurs des facteurs héréditaires; c'est pourquoi, chez les enfants d'un second mariage d'un des parents, je n'ai pas vu apparaître cette maladie.

Dans les familles des déments précoces, l'hérédité *collatérale* prédomine; en somme, dans les familles de nos malades, nous avons 65 cas de démence précoce, dont 36 chez les frères et sœurs.

Dans la *folie maniaque dépressive*, nous relevons, dans les familles des déments précoces, seulement 7 cas, plutôt chez les parents lointains.

Des cas de psychoses *autres*, existant dans les familles de nos malades, bon nombre peuvent être soupçonnées d'être des cas de démence précoce « latente » ou méconnue. Ainsi l'hérédité *similaire* semble bien être la règle pour cette maladie.

2° *Folie maniaque dépressive*. Sur un total de 1.181 frères et sœurs, 338 cas de folie maniaque dépressive; pourcentage, d'après *Weinberger*, 154; ce qui semble indiquer, ici aussi, la présence d'une hérédité plutôt dihybride. La folie maniaque dépressive est la maladie familiale par excellence : 112 cas chez les frères et les sœurs, 99 chez les parents, 110 chez les autres collatéraux. Pas un seul cas *certain* de démence précoce dans les familles des maniaques dépressives. Les psychoses *autres* sont représentées par l'*alcoolisme*, le *suicide*, dont on connaît assez les liens étroits de nature avec la folie maniaque dépressive, des psychoses séniles, climatiques, etc.

La folie maniaque dépressive semble donc être une

maladie héréditaire (dihybride?) similaire et à dominance.

La démence précoce et la folie maniaque dépressive semblent s'exclure, réciproquement, dans les familles des aliénés (1).

Le facteur paranoïaque en criminalité de guerre,

Par M. GENIL-PERRIN.

Tout aliéniste a pu vérifier, dans sa pratique médico-légale de guerre, la notion que nous voulons ici mettre en évidence, à savoir l'importance du facteur paranoïaque en criminalité de guerre dans la genèse des infractions telles que l'abandon de poste, la désertion, la trahison, l'espionnage, les intelligences avec l'ennemi, l'insubordination, la rébellion, les outrages envers les supérieurs, etc.

Dans la criminalité banale du temps de paix, dans les affaires de vol, d'escroquerie, d'homicide, par exemple, l'intervention de l'élément paranoïaque était restreinte à un nombre de cas proportionnellement peu élevés et d'ailleurs bien connus : il s'agissait surtout de réactions vindicatives de persécutés ou d'attentats politiques.

Pendant les hostilités, les grands paranoïaques ont naturellement présenté des réactions délictueuses et criminelles, et le fait est trop facile à comprendre pour qu'il soit intéressant d'y insister.

Ce qui est plus digne de retenir l'attention, c'est le rôle considérable joué, dans la criminalité de guerre, par les individus dotés de tendances paranoïaques constitutionnelles d'intensité faible ou moyenne, incapables de susciter, en temps normal, des réactions antisociales tombant sous le coup des lois pénales.

Dans cette note préliminaire, nous rapporterons brièvement un certain nombre de faits empruntés à notre pratique de guerre, nous réservant de publier plus tard des observations plus détaillées. Nous voulons

(1) Ce travail sera publié prochainement *in extenso*.

seulement aujourd'hui attirer l'attention sur cet ordre de faits.

Le clinicien ne peut guère s'intéresser qu'au paranoïaque délirant. Le « petit paranoïaque », celui qui ne délire pas et qui ne délirera peut-être jamais, appartient plus particulièrement au médecin-légiste, en raison des conflits où il entre avec un milieu social auquel il se trouve mal adapté.

L'*inadaptabilité* est, en effet, l'expression sociale de la constitution paranoïaque, dont les grandes caractéristiques psychologiques sont l'orgueil, la méfiance et la fausseté du jugement.

Or, cette inadaptabilité s'est particulièrement révélée à propos du bouleversement social né de la guerre. Tel sujet, qui se maintenait à peu près en équilibre, s'est brusquement montré incapable, de par ses tendances paranoïaques, de s'adapter à la situation nouvelle et a contrevenu, de ce fait, aux lois spéciales nécessitées par ce régime insolite.

La *désertion* et l'*abandon de poste* relèvent fréquemment des tendances paranoïaques. Nous connaissons tous les « petits paranoïaques » qui, mal adaptés au milieu de leur compagnie, souvent tournés de ce fait en ridicule et pris à partie par leurs camarades, s'enfuient, tant pour se soustraire à des brimades réelles qu'à des persécutions imaginaires.

Tel N..., présentant, associée à un certain degré de débilité intellectuelle, une tendance marquée aux idées de persécution. Cet homme commettait parfois de petites fugues, se retirant pour mener une vie solitaire à quelque distance de son cantonnement. Le caractère pathologique de ces réactions étant toutefois assez net, il a été dirigé sur une formation sanitaire, et ce n'est pas comme expert que nous l'avons examiné.

Il en est de même des sujets L... et S... qui, après avoir abandonné leur poste, étaient allés demander protection dans un corps voisin.

L... s'était enfui pour échapper aux brimades de ses camarades dont il grossissait démesurément la portée.

S... confinait au véritable délire d'interprétation. Garde-chasse dans le civil, esclave de la consigne, il faisait observer le « règlement » avec une rigueur si farouche, que ses camarades avaient fait de ce mot un sobriquet par lequel ils le désignaient en se moquant de son austérité. S... en est venu à

croire que tout le monde lui en voulait. Colorant son interprétation d'une teinte forestière, il pensait qu'on lui tendait des « vénéries » dans les bois, et il s'est mis en état de désertion pour y échapper.

H..., aide-cuisinier dans une compagnie d'aérostiers, au front, reçoit quelques observations de son sergent à propos d'épluchures jetées sur le sol, et y répond un peu vivement. Il s'imagine dès lors que le sergent lui en veut, que le lieutenant le regarde d'un œil menaçant. Effrayé, il se sauve. Arrêté et mis en prévention de conseil de guerre, il espère que son affaire va s'arranger heureusement, quand il entend dire qu'on va l'envoyer au Cherche-Midi. Affolé, il s'évade. H... est par ailleurs un brave homme, mais timide et pusillanime, manifestant une grande tendance aux interprétations.

Fréquemment des sujets désertent en s'évadant d'une formation sanitaire où ils s'estiment mal soignés. Souvent il s'agit d'une allégation tendancieuse et gratuite. Quelquefois, c'est l'effet d'une tournure d'esprit paranoïaque comme dans le cas suivant :

D..., soigné dans un hôpital pour une affection pulmonaire, s'évade et rentre volontairement au bout de huit jours. Mis en prévention de conseil de guerre et examiné par nous, il déclare qu'il est parti parce qu'il se trouvait mal soigné, qu'il avait une chambre froide, que les ventouses ne pouvaient pas le guérir. Il a eu, à ce sujet, une discussion avec le médecin qui lui a dit que s'il n'était pas content, il n'avait qu'à s'en aller. D... prend cette boutade au pied de la lettre et s'évade. Ses récriminations et sa réaction nous apparaissent en rapport avec des tendances paranoïaques dont la preuve est faite par une série d'interprétations à un autre sujet. Il se déclare fort ennuyé par les « propos criminels » que l'on tient sur lui : avant la guerre, un assassinat avait été commis dans son pays. Or, chaque fois qu'il entend parler d'un crime, il pense que c'est une allusion à cet assassinat et qu'on le soupçonne d'en être l'auteur.

Nous voyons, dans d'autres conditions, les « petits paranoïaques » désertir sous l'influence d'une idée hypochondriaque associée à leur fausseté de jugement.

Du..., secrétaire d'état-major, est détaché dans un ministère. Il y arrive en déclarant que le genre de travail qu'on lui demande est contraire à sa santé, qu'il vaudrait mieux l'employer suivant ses aptitudes, etc. Il fatigue tellement ses nouveaux

chefs par ses récriminations que l'un d'eux lui dit qu'il peut « foutre le camp chez lui ». Du... ne se le fait pas répéter, rentre chez lui et y est arrêté au bout de trois mois comme déserteur. A l'instruction, il soutient avec énergie qu'il était dans son droit, n'ayant fait qu'obéir à l'ordre de son chef. Il ne manque pas d'ailleurs de rapporter tous ses malheurs à une cabale montée contre les mutilés revenus du front, comme lui, exposés à la jalousie et à l'hostilité des « embusqués » de vieille date.

De G... est poursuivi pour abandon de poste en présence de l'ennemi et désertion à l'étranger en temps de guerre. Il explique son acte dans le langage suivant : « J'étais parti de ma batterie comme un jeune homme très anxieux, très chétif. J'ai un brigadier qui s'est conduit indignement à mon égard... Je me croyais réformé d'après les dires de mes camarades. Je croyais être un jeune homme réformé. Je voulais aller à Grenoble retrouver ma femme. » Il ajoute qu'il n'était pas à sa place dans sa batterie, étant donné que « tous ses ancêtres étaient des personnes qui avaient la nuque creuse », ce qui, à son avis, est un signe de supériorité intellectuelle. La vanité est d'ailleurs très marquée chez ce sujet : interrogé sur ses projets d'avenir, il dit qu'il aura peut-être trente ou quarante jours de prison pour son escapade, mais qu'il pourra cependant faire une carrière honorable dans l'armée, devenir aspirant, et, avec un peu d'énergie et d'esprit de suite, sous-lieutenant. Longtemps, plus tard, il pourra peut-être arriver à trois galons. S'il était rendu à la vie civile, il entrerait dans l'administration où il pourrait « percer » et devenir assez rapidement secrétaire dans une sous-préfecture. Après quinze ou vingt ans, avec de la « fermeté au travail », il pourrait être nommé sous-préfet, mais ses ambitions ne vont pas jusqu'à la préfecture.

Les tendances paranoïaques sont encore plus nettement à la source de la désertion chez les théoriciens revendicateurs et réformateurs, qui placent leurs conceptions philosophiques au-dessus des contingences sociales et militaires.

Co..., ouvrier menuisier, autodidacte, nourri de littérature anarchiste, déserte « pour soigner sa compagne mourante ». Arrêté sous un faux nom, il refuse de décliner son état civil, jouant un rôle de personnage énigmatique, dépistant pendant des mois les investigations de la police judiciaire, et ne consentant à révéler son identité que dans une lettre adressée au ministre de la Guerre, où il traite avec ce personnage de puissance à puissance, invoquant « les droits imprescriptibles de sa

conscience », qui lui commandait d'agir comme il avait fait, et qui ne lui reprochait rien, pour quoi il n'avait pas à tenir compte des lois humaines.

Co... a bien voulu nous avouer que, s'il avait persévéré si longtemps dans cette attitude, c'était pour ennuyer l'officier instructeur, qui n'avait pas été assez courtois avec lui au cours d'une « discussion philosophique ».

A côté des revendicateurs et des théoriciens sociaux, nous pouvons placer les « petits paranoïaques » inventeurs, chez qui vanité, méfiance et fausseté du jugement déterminent souvent des actes de désertion.

Le boulanger Se..., d'une section de C. O. A., déserte pour travailler à un projet de son invention, un pétrin mécanique, dont le modèle aurait d'ailleurs fonctionné avec bon résultat. Ayant échoué dans ses démarches pour faire accepter son modèle par l'administration de la guerre, il décide de forcer l'attention par le scandale en désertant. Il rédige pour sa défense un manifeste conçu dans un style grandiloquent, où il analyse complaisamment son moi, témoignant d'un vif ressentiment contre l'adversaire qui se dresse constamment devant lui et qui a nom « l'Ignorance » : « ce misérable tient la place du mot Pauvification dans l'enseignement primaire des écoliers français. »

Ri..., camelot fabricant de doigtiers en caoutchouc, déserte pour étudier deux inventions de la plus haute utilité pour la défense nationale, l'une devant permettre aux avions de rester immobiles dans l'air, l'autre relative à des obus destinés au bouleversement des tranchées. Ayant sans succès écrit au ministère des Inventions, s'étant vu refuser l'autorisation de s'y rendre, il quitte son corps, va déposer une lettre à ce ministère et se retire chez lui pour travailler. Il prend la précaution de réunir un petit matériel portatif pour emporter en prison au cas où il serait arrêté, s'inspirant, dit-il, de l'exemple de Turpin, qui, dans sa cellule, continuait à « creuser ses inventions ». Arrêté, il déclare qu'il ne regrette rien, et que le cas échéant, il recommencerait, étant prêt à tout souffrir pour son Idée.

Ri... est un autodidacte, antialcoolique, instable, qui a essayé toutes les professions sans réussir dans aucune. Naturellement paresseux, il lit les ouvrages qui exaltent l'action et l'énergie, « pour contrarier son penchant à ne rien faire ». Il gagne sa vie en fabricant de petits jouets qu'il ne considère pas comme choses futiles, car leur fonctionnement repose sur des principes applicables à des appareils sérieux ; ils peuvent servir d'autre part à la propagande patriotique : tel un « Guillaume II à poudre sèche », fondé sur le principe du Père la Colique.

Ra..., coiffeur, déserte pour se consacrer à la construction d'une « aviette », bicyclette volante à moteur humain. Confié à un médecin expert, il proteste contre l'examen mental, revendiquant hautement l'entière responsabilité de son acte, confiant en l'avenir de son appareil.

Le capitaine Ru... se met en état de désertion dans les conditions suivantes : vivement préoccupé par les questions de protection contre les gaz, dont il ne connaît d'ailleurs que ce qu'en enseignent les brochures de vulgarisation à l'usage de la troupe, il prépare un rapport sur le sujet et s'arrête à Paris, au retour d'une permission, pour le porter lui-même au chef d'état-major général de l'armée. Mais, au moment de partir pour le ministère de la guerre, il s'aperçoit que son travail a besoin de retouches, et reste enfermé dans sa chambre d'hôtel, à le mettre au point, renvoyant toujours son départ au lendemain. Au bout d'un mois environ, il porte au ministère un travail d'une pauvreté navrante, qu'il croit susceptible de faire faire un grand progrès à la question. Il y joint un rapport sur l'organisation de la défense contre les gaz dans l'armée polonaise, dans le secret espoir, qu'il nous avoue, de se voir charger de cette mission.

Les tendances paranoïaques constitutionnelles s'associent chez ce capitaine à un état psychasthénique assez marqué, qui nous donne la raison de ses tergiversations prolongées et des scrupules qui l'obligeaient à remettre constamment son ouvrage en chantier.

A côté des « petits paranoïaques » revendicateurs, réformateurs, inventeurs, nous pouvons placer les « petits paranoïaques » jaloux, qui désertent pour aller s'assurer de la conduite de leur femme ; comme le nommé To..., qui est arrivé dans notre service après avoir bénéficié d'un non-lieu.

Parmi les autres délits militaires, les *outrages*, la *rébellion*, l'*insubordination*, etc., sont facilement commis par les « petits paranoïaques », qui ont encore plus d'occasion d'entrer en conflit avec l'autorité comme militaires que comme civils. L'élément paranoïaque peut ainsi devenir un facteur d'indiscipline grave.

Nous avons examiné un ingénieur nommé H..., qui s'était rendu coupable d'outrages envers un supérieur à l'occasion du service, dans les circonstances suivantes : rapatrié d'Allemagne, il croit reconnaître dans un lieutenant de sa compagnie un officier avec qui il aurait eu antérieurement quelques difficultés. Ce lieutenant lui ayant un jour fait une observation au

sujet de sa literie, H... lui répond qu'il n'est qu'un gamin. Au commandant de compagnie qui lui demande des explications, H... répond d'un ton arrogant et menaçant : « Après tout, qu'est-ce que le lieutenant V... ? qu'il fasse voir ce qu'il sait faire ; j'estime qu'au point de vue intellectuel, je lui suis supérieur, ainsi qu'à vous, mon capitaine. »

A l'audience, H... conteste les faits exposés dans le rapport, interrompt le greffier, ne se laisse pas intimider par les injonctions du président qui le menace de le faire expulser de la salle d'audience et de le juger par défaut. Son attitude est telle que le conseil ordonne un examen mental, qui nous est confié.

H... nous apparaît comme un interprétateur presque délirant. C'est plus qu'un « petit paranoïaque ». Il nous déclare qu'il est mal considéré par les officiers, parce qu'il a fait des inventions de grande valeur relatives à l'aviation. Il se compare aux grands inventeurs méconnus, Watt, Fulton, Denis Papin, etc., et déclare que son génie industriel le place bien au-dessus de nombre de grands chefs militaires. H... a effectivement une culture scientifique et technique sérieuse. Il n'est pas paralytique général.

Il réclame au nom de la Déclaration des droits de l'homme contre les règlements militaires qui l'empêchent d'obtenir la jouissance intégrale de ses droits. C'est un paranoïaque à la fois revendicateur et interprétateur. Le danger de réactions possibles de sa part nous paraît si réel, que nous concluons à l'internement, en même temps qu'à l'irresponsabilité totale.

Les faits de trahison, d'espionnage, de commerce ou d'intelligences avec l'ennemi peuvent participer du facteur paranoïaque.

Le quartier-maître T... est impliqué dans une vaste affaire d'espionnage. C'est un « petit paranoïaque » constitutionnel, vaniteux et revendicateur, autodidacte. « D'un caractère un peu renfermé, disent ses notes, il était assez distant vis-à-vis de ses camarades. » Rescapé du torpillage d'un transport, il s'attire un jugement sévère de la part du second de l'équipage, à qui ses revendications avaient fait une fâcheuse impression : il énumérait complaisamment ses actes de dévouement pour obtenir une récompense, d'ailleurs méritée.

Doué d'un sentimentalisme exagéré et de sentiments altruistes trop développés et appliqués à tort et à travers, il fait preuve d'une grande fausseté de jugement en se prêtant à une combinaison dans laquelle ses travers mentaux étaient exploités par des espions. Il accepte de remonter le moral d'un de ses

camarades, prisonnier en Allemagne, en lui envoyant, en langage conventionnel, des renseignements sur les opérations navales, que le captif transmet aux Allemands.

Dans le cas du sous-lieutenant X..., récemment condamné à mort pour avoir entretenu des intelligences avec l'ennemi, pendant sa captivité en Allemagne, en collaborant à la *Gazette des Ardennes*, notre diagnostic de « constitution paranoïaque » se trouve étayé par l'opinion de M. Maurice de Fleury, qui avait procédé à une première expertise, et par M. Vallon avec qui nous avons examiné le sujet.

X... est un vaniteux, un méfiant et un homme enclin aux faux jugements. Il vivait isolé au camp de prisonniers français, jugeant ses camarades peu intéressants. Dans ses essais littéraires, il aborde les questions les plus délicates sans aucune préparation, sans documentation, et les résout avec un aplomb de primaire. Méfiant et protestataire, il ne s'ouvre jamais à la camaraderie franche et confiante. Ses lettres portent le ton de la revendication acerbe. Son manque de bon sens influe sur l'orientation générale de sa vie, et en fait une espèce de raté. Il ne s'adapte jamais exactement au milieu où il vit.

Ce sont ces travers mentaux, auxquels viennent se joindre certains caractères cyclothymiques et mythomaniques, qui ont conditionné ses actes criminels. Cet aigri, cet isolé, ce vaniteux, cet homme de jugement faux, a voulu, sans prendre conseil de personne, nouer des relations avec les Allemands pour en tirer profit, pour trouver une occasion de s'évader, prétend-il. Les démarches à contretemps, sa conduite aussi imprudente que louche, ont tout simplement abouti à le faire inculper d'intelligences avec l'ennemi. Plus tard, sous le coup d'une inculpation capitale, il se montrait encore satisfait de soi, sûr de son bon droit, plus confiant que son défenseur dans l'issue de son procès, qui a d'ailleurs démontré la fausseté de ses pronostics.

Ces exemples banaux, tels que tout médecin légiste peut en trouver dans sa statistique de guerre, montrent comment les tendances paranoïaques constitutionnelles peuvent se rencontrer à la source des infractions spéciales que les conseils de guerre ont eu à juger pendant ces cinq dernières années.

Examinés superficiellement les faits peuvent paraître fort disparates. Mais nous ne croyons pas procéder à une généralisation artificielle en leur trouvant un carac-

tère commun dans les tendances paranoïaques de leurs auteurs.

Dans ce court résumé, nous n'avons pu insister beaucoup sur l'analyse psychologique, mais, dans tous les cas, nous pouvons affirmer que l'élément paranoïaque se retrouve nettement, bien que parfois fort atténué, comme facteur psychologique de l'acte, tantôt isolé, tantôt associé à d'autres marques de déséquilibre, à la perversion des instincts, à la débilité mentale, à la psychasthénie.

Nos sujets n'étaient en général que de « petits paranoïaques », chez qui la vanité, la méfiance, la fausseté du jugement restaient à l'état de simples *travers* mentaux, sans constituer des *troubles* véritablement morbides.

De semblables tendances paranoïaques, aussi légères, aussi nuancées, n'étaient le plus souvent pas de nature à entraîner des réactions antisociales dans la vie ordinaire. Il a fallu le bouleversement de l'état de guerre pour les révéler et les mettre en évidence.

Adaptés approximativement aux conditions antérieures de l'existence, ces « petits paranoïaques » n'ont pas pu se mettre à la hauteur des exigences nouvelles. Il n'ont pas su apporter à leur mentalité la correction, la mise au point nécessitées par le nouvel ordre de choses. Et cela ne doit pas nous étonner, puisque nous savons que *l'inadaptabilité* constitue l'expression sociale de leur constitution mentale défectueuse.

Au point de vue médico-légal, la conclusion sur la responsabilité de ces sujets doit naturellement varier suivant l'intensité de leur travers mental. C'est seulement dans les cas où l'élément paranoïaque acquiert une valeur pathologique avérée que l'on parlera d'irresponsabilité totale; parfois, l'accentuation du travers mental sera seulement de nature à atténuer la responsabilité.

Mais le plus souvent, il ne faudra pas perdre de vue qu'il s'agit simplement d'une de ces anomalies légères dont peu de gens sont exempts, et qui ne sauraient empêcher de conclure à la responsabilité entière; la constatation d'un travers mental ne suffit pas à atteindre la responsabilité pénale sans quoi personne ne serait

jamais complètement responsable, car on avouera qu'il faut bien être affligé au moins d'un travers mental pour tomber dans le délit ou dans le crime.

A ce propos, il est bon de prendre dans la rédaction du rapport, quelques précautions. Quand on parle entre gens du métier, entre psychiatres, on peut sans inconvénients employer des expressions techniques, et appliquer sur les travers mentaux l'étiquette dont on désigne les groupes psychopathologiques dont ils représentent un reflet tempéré.

Mais, à l'audience, l'avocat ne manquera pas d'accuser de contradiction l'expert qui déclarera entièrement responsable un sujet qu'il reconnaît par ailleurs pour un cyclothymique, un mythomane et un paranoïaque.

L'expert devra toujours être prêt à répondre que la gravité d'une anomalie mentale ne se mesure pas à la sonorité des vocables grecs dont on la qualifie.

Sous ces réserves, il nous semble utile de réserver une place convenable aux « petits paranoïaques » en psychiatrie médico-légale. Cette expression caractérise bien, à notre avis, toute une catégorie de délinquants et de criminels qui s'est considérablement enrichie pendant la guerre, et dont la nocivité sociale et militaire repose sur l'entrée en jeu des trois grands éléments caractéristiques de la constitution paranoïenne : la méfiance, l'orgueil et la fausseté du jugement.

Plus généralement, et en dehors du domaine de la médecine légale, la conception du « petit paranoïaque » mérite de se diffuser, car elle groupe, de façon naturelle et répondant à la réalité des faits, des manifestations d'apparences parfois disparates et hétérogènes, en les rattachant à une constitution mentale spéciale et bien connue. Le « petit paranoïaque » représente un type morbide atténué qui trouve sa place en pathologie mentale comme le « petit brightique » trouve la sienne en pathologie interne.

DISCUSSION

M. H. COLIN. — L'objection si fréquente des avocats aux conclusions des experts pourrait être évitée, si nous nous gardions précisément de désigner par des termes

techniques, empruntés à notre vocabulaire de spécialistes, les troubles mentaux légers qui ne nous paraissent limiter en rien la responsabilité pénale.

La séance est levée à 6 heures.

Les Secrétaires des séances.

P. JUQUELIER et RENÉ CHARPENTIER.

BIBLIOGRAPHIE

La guerre des gaz. Journal d'une ambulance Z, par les D^{rs} Paul Voivenel et Paul Martin. Préface de Paul Bourget, 1 vol. in-18, Paris. La Renaissance du Livre, 1919.

M. Voivenel nous devait ce livre. Le médecin de bataillon et de régiment nous a donné, en collaboration avec son médecin divisionnaire M. Huot, *Le Courage, Le Cafard, La Psychologie du soldat*; le médecin chef d'une ambulance Z, ambulance consacrée au traitement des gazés, nous apporte, avec son collaborateur M. Martin, *La guerre des gaz*.

Nous avons suivi le Poilu dans la tranchée, au cantonnement de repos, dans sa ruée à l'assaut, dans ses mouvements de défaillance aussi; nous le retrouvons aujourd'hui à l'ambulance, victime des *gaz vésicants* « pitoyable Œdipe de la guerre » ou terrassé par les *gaz suffocants* « serré par les griffes de l'asphyxie ».

En nous faisant vivre la vie de l'ambulance, les auteurs nous instruisent sans que nous nous en apercevions. Et c'est ainsi que j'ai appris que les Allemands utilisaient quatre sortes de gaz :

a) *les gaz irritants*, lacrymogènes (type bromure de benzyle) ou sternutatoires (type chlorure de diphénil arsine);

b) *les gaz toxiques*, sidérant le système nerveux (type acide cyanhydrique), l'inhibant sans l'altérer anatomiquement, de telle sorte que le gazé meurt ou guérit en quelques minutes;

c) *les gaz suffocants*, attaquant le poumon (type chlore — la palite);

d) *les gaz vésicants*, vitriolant la peau et les yeux (type sulfure d'éthyle dichloré, vulgairement appelé ypérite).

« Les gaz vraiment impressionnants, l'arme essentiellement redoutable, furent les suffocants et les vésicants ».

Le *gaz suffocant*, amené par la vague ou libéré par l'explosion d'un minnenwerfer ou d'un obus, vise dans notre organisme la respiration : il crée l'œdème pulmonaire.

Le gaz *vésicant* est en réalité un *liquide* vitrioleur projeté par l'explosion d'un obus : sur la peau il produit des lésions allant du simple érythème à l'escarre ; sur les yeux le corrosif agit rapidement mais superficiellement : « l'homme touché était aveugle, pour quelques jours seulement, car on n'a observé que très peu de cas de cécité définitive ». Mais le Boche « sadique persévérant du poison », augmentant progressivement la charge de l'explosif de ses obus à gaz, obtenait une pulvérisation de plus en plus fine et une force de pénétration de plus en plus grande de l'ypérite de telle sorte qu'en 1918 celle-ci arrivait dans les poumons presque aussi facilement qu'un gaz et y déterminait des lésions d'alvéolite hémorragique péribronchique. C'était alors l'asphyxie « moins dramatique que celle des gaz suffocants parce que moins immédiatement brutale, plus atroce parce que plus insidieusement fatale. Alors que les saignées, les vomitifs, etc., ressuscitaient des suffoqués dont le liquide d'œdème pulmonaire clair et très fluide pouvait se vider, ici, aucune thérapeutique ne pouvait chasser du poumon le sang poisseux et fibrineux... Et c'était cette infernale agonie de plusieurs jours à laquelle devraient penser nos plénipotentiaires en jugeant le peuple allemand et ceux qui l'ont dirigé. Souvent — triste bonheur — cette agonie était soudain achevée par le détachement en bloc de la muqueuse laryngée ou trachéale, et c'était l'étranglement horrible mais court, la mort de Desdémone sous la poigne barbare d'Othello ».

C'est le 22 avril 1915 que pour la première fois « la chimie germanique empoisonna les champs de bataille... Nous étions surpris, désarmés, plus nus que l'homme primitif devant la création ». Mais nous nous sommes adaptés rapidement et chaque fois la parade, à défaut de la riposte, a suivi de près l'attaque : nous assistons ainsi à la genèse du masque, à ses transformations successives, à l'apparition des solutions miraculeusement neutralisantes (hyposulfite de soude contre les gaz suffocants, chlorure de chaux contre les gaz vésicants).

Un chapitre sur les *gaz d'explosion* intéressera particulièrement le psychiatre qui y trouvera des exemples d'intoxication par oxyde de carbone ; ce gaz résulte de la déflagration de la poudre, de l'éclatement des projectiles ordinaires ; son rôle meurtrier s'ajoute à celui de l'obus lui-même quand celui-ci éclate dans un abri où les hommes qui ont été épargnés par le projectile tombent asphyxiés.

Cette riche documentation scientifique a été recueillie par MM. Voivenel et Martin dans la petite ambulance divisionnaire aux destinées de laquelle présidait l'un d'eux et avec laquelle ils nous entraînent sur divers points du front. Nous faisons connaissance, chemin faisant, avec le personnel de l'ambulance et avec les visiteurs qu'elle reçoit, et cela nous vaut, sous des pseudonymes transparents, des présentations savoureuses.

C'est Ponceau, « un nom de la médecine militaire, un nom qu'il portait d'ailleurs avec une vigoureuse religion ; solidement bâti, l'air actif du commerçant finaud habitué à vaincre dans les prises de la vie, distant pour ses subordonnés, voisin pour ses chefs » ; c'est Buot, « petit, l'œil vif, la démarche de chasseur à pied, la moustache agressive, les gestes nerveux », et d'« une sensibilité exquise qui se cachait derrière cet air immédiatement bourru des êtres à l'âme délicate » ; c'est « un psychiatre, Rénin-Péril, distingué et remarquablement habillé ».

Avec l'ambulance, nous parcourons la Meuse, la Champagne, le Nord. Que de paysages émouvants ! Celui-ci, entre autres : « Sous la nuit étoilée, la Meuse, débordée, bruissait comme un grand lac amoureux au-dessus duquel les projecteurs, lentement, promenaient leurs silencieuses lumières. Lorsque, tardive, la lune montée au ciel effaça ces projections sous sa religieuse clarté et sculpta en noir, sur l'argent des eaux, le talus de la voie ferrée où, feux camouflés, un train s'avavançait, l'un de nous, dans le calme impressionnant que ne troublait aucun coup de feu, épousa le paysage avec l'âme d'un Amiel : « Verdun décidément ne sera pas attaqué !... »

Et quand l'attaque se déclanche, la petite ambulance s'ouvre immense aux Martyrs, et, pendant que la division combat, « écrit le communiqué », l'ambulance lutte, elle aussi... contre la mort, et elle écrit les pages que nous apportent aujourd'hui MM. Voivenel et Martin.

Oui, M. Voivenel nous devait ce nouvel épisode de *la Vie des martyrs*.

R. MALLET.

A study of the problem of the to-called defective delinquent and what has been done in Massachusetts. (La question des délinquants défectifs ; ce que le Massachusetts a fait à son sujet), par le Dr Vernon Briggs, membre de la Commission des aliénés au Massachusetts. Broch. in-8°. Extrait du *Boston medical and surgical Journal*, 1917.

Traduire littéralement le mot « defective » amène à se servir d'un terme qui, dans notre langue, n'est employé que pour qualifier des mots irréguliers, tel un verbe qui n'a pas tous ses temps, tous ses modes. Appliquer l'épithète de défectifs à des individus qui ont des lacunes dans leur mentalité ne serait peut-être pas hors de propos. A défaut de ce faire, comment traduire defective ?

Dans son mémoire le Dr Vernon Briggs n'en donne pas d'indications précises et ne spécifie pas directement à quels individus, à quels délinquants le mot peut s'appliquer. Il met en dehors de lui les malades mentaux, les épileptiques, les faibles d'esprit, les dégénérés et les criminels en eux-mêmes, et reconnaît que le sens en est plutôt légal que médical. La plupart de ces défectifs seraient des individus sans force morale, jouets de toutes les inconstances, victimes en quelque sorte de toutes les influences qui surviennent, incapables de résister à aucune, le plus souvent menés, et susceptibles d'être nuisibles, quelquefois meneurs en quelque sorte inconscients, et capables alors d'être dangereux.

Ces délinquants, lorsqu'ils ont été condamnés, doivent être examinés dans les prisons. A ce sujet le Dr Briggs donne un conseil de la plus grande sagesse, à savoir qu'il faut les examiner en quelque sorte sans méthode, en variant les moments et les procédés d'examen, car à l'instar de certains névropathes, ils sont très suggestibles, s'assimilent les indications qu'ils retiennent des examens et peuvent alors soit les inculquer à leurs compagnons de captivité, soit se les adapter à eux-mêmes et arriver ainsi à paraître ce qu'ils ne sont pas. Les renseignements sur leur milieu familial, leur personnalité, leur instruction, leur ambiance sociale, leur vie quotidienne, leur sens moral, leur état pathologique peuvent être fort utiles pour bien les apprécier.

Ces individus, en général, sont plus ou moins déplacés partout où on cherche à les mettre, déplacés dans les prisons, déplacés dans les asiles d'aliénés, déplacés dans tous les éta-

blissements d'assistance, où ils sont des ferments de trouble et dont ils annihilent la discipline.

C'est en vue de remédier à cet état de chose que le Massachusetts s'est préoccupé de créer pour eux des établissements spéciaux, sortes de maisons de correction, ou pour mieux dire, de réformation où l'on prendrait à leur égard toutes les mesures utiles.

En 1911 fut votée une loi dont l'article 1^{er} indique bien les tendances.

Toutes les fois, dit cet article, qu'un tribunal aura condamné un délinquant et que celui-ci aura été placé soit dans une prison, soit dans une maison de correction, soit dans tout autre établissement pour un fait non punissable par la peine de mort ou la prison perpétuelle, si ce condamné paraît un défectif, le tribunal ordonnera son placement dans un des établissements ci-après désignés à cet effet.

Suivent onze articles réglementant le mode de placement dans ces établissements et leur constitution.

Si bonne que fût l'idée, elle subit le sort de bien d'autres bonnes idées, et la loi resta inopérante faute de crédits pour la réaliser.

En 1913 le gouvernement de l'Etat décida d'affecter une somme de 25.000 dollars à sa réalisation. Mais on ne tarda pas à reconnaître que cette somme était insuffisante non seulement pour créer ces établissements de toutes pièces, mais même pour adapter les établissements déjà existants.

Pendant ce temps, c'est à qui mieux mieux, parmi les directeurs d'asiles, les chefs d'établissements, demandait qu'on les délivrât de ces indésirables, causes de difficultés de toute sorte.

Une Commission dans laquelle le D^r Vernon Briggs a joué un rôle très important, voire même le plus important, s'est efforcée d'obtenir une bonne solution. Un projet de loi fut présenté, prévoyant l'attribution de crédits aussi forts qu'il les faudrait, du moins jusqu'à une certaine limite.

Malgré un rapport favorable le projet de loi fut rejeté en raison des grosses dépenses prévues.

Les choses en sont là, mais les promoteurs de l'œuvre ne se découragent pas et l'on étudie les moyens de faire aboutir une idée dont tout le monde reconnaît la justesse. Si cette réalisation se fait, le D^r Vernon Briggs aura certainement le mérite d'y avoir pour sa part grandement contribué.

VICTOR PARANT, père.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

A. VIGOUROUX (1866-1918). 15 pages in-8° avec portrait. Paris, imprimerie L. Marétheux, s. d.

LAIGNEL-LAVASTINE, ANDRÉ BARBÉ et DELMAS. La pratique psychiatrique à l'usage des étudiants et des praticiens. 1 vol. in-8° de 800 pages avec 19 figures. Paris, J.-B. Bailière et fils, 1919.

HENRI DAMAYE. Phobiques et émotifs. *Progrès médical*, 24 mai 1919.

L. VERNON BRIGGS. Occupational and industrial therapy. How can this important branch of treatment of our mentally ill be extended and improved? 19 pages in-8°. Extrait de l'*American journal of insanity*, janvier 1918.

— Mental conditions disqualifying for military service. 19 pages in-8°. Extrait du *Boston medical and surgical journal*, janvier 1918.

LEGRAIN. Le traitement légal des alcooliques. 29 pages in-8°. Extrait des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, n° de décembre 1918.

PIERRE JANET. Les médications psychologiques. Etudes historiques, psychologiques et cliniques sur les méthodes de la psychothérapie : Tome I. L'action morale, l'utilisation de l'automatisme. Tome II. Les économies psychologiques. 2 vol. gr. in-8°, Paris, Félix Alcan, 1919.

RENÉ CHARPENTIER. Un cas de puérilisme mental au cours des opérations de guerre. Contribution à l'étude des psychoses émotionnelles, 10 pages in-8°. Extrait de la *Revue neurologique*, juin 1917.

A. POROT et A. HESNARD. Psychiatrie de guerre. Etude clinique. Préface de M. le médecin inspecteur Simonin, 1 vol. in-16 de 315 pages. Paris, Félix Alcan, 1919.

ALBERT DESCHAMPS. Les maladies de l'esprit et les asthénies. 1 vol. in-8° de 740 pages. Paris, Félix Alcan, 1919.

RAOUL MOURGUE. Etude critique sur l'évolution des idées relatives à la nature des hallucinations vraies. 67 pages in-8°. Paris, Jouve et C^{ie}, 1919.

Sixteenth annual report of the trustees of the Gardner State Colony at Gardner, mass, for the year ending november 30, 1918, 44 pages in-8° avec planche, Boston, Wright and Potter Printing Co, 1919.

CHARLES LADAME. Guy de Maupassant. Etude de psychologie pathologique. 47 pages in-8°. Extrait de la *Revue Romande*. Lausanne, s. d.

V. DEMÔLE. Analyse psychiatrique des *Confessions* de Jean-

Jacques Rousseau. 35 pages in-8°. Extrait des *Archives suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, 1918.

FÉLIX PERRET. Contribution à l'étude de l'amnésie simulée. 83 pages in-8°. Thèse de Montpellier, 1919.

The twenty-seventh annual Report of the Sheppard and Enoch Pratt hospital for mental and nervous diseases, 1918. 36 pages in-8° avec planches. Baltimore, 1919.

MARIO CARRARA. L'antropologia criminale e la guerra. 14 pages in-8°. Extraits de l'*Archivio di antropologia criminale, psichiatria e medicina legale*, 1919. Fasc. I-II.

PAUL LADAME. Les localisations cérébrales d'après von Monakow. 9 pages in-8°. Extrait de la *Revue neurologique*, janvier 1919.

L. VERNON BRIGGS. A study of the problem of the so-called defective delinquent and what has been done in Massachusetts. 30 pages in-8°. Extrait du *Boston medical and surgical journal*, 1917.

C. VON MONAKOW. Psychiatrie und Biologie. 44 pages in-8°. Extrait des *Archives suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, 1919. Fasc. 2.

— Biologie und Psychiatrie. 42 pages in-8°. Extrait des *Archives suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, 1919. Fasc. 2.

C. VON MONAKOW et KITABAYASKI. Schizophrenie und Plexus choroidei. 14 pages in-8°. Extrait des *Archives suisses de Neurologie et de Psychiatrie*. 1919. Fasc. 2.

MANLIO FERRARI. Ricerche cliniche e sperimentali sulle nevriti. Nevriti e sindromi fisiopatiche nella patologia di guerra. 1 vol. in-8° de 234 pages avec 26 figures. Genova, Topogr. G. Vaccarezza, 1919.

Fifth annual Report of the General Board of Control for Scotland. 50 pages in-8°. Edinburgh, 1919.

BINET-SANGLÉ. L'art de mourir. Défense et technique du suicide secondé. 154 pages in-12. Paris, Albin Michel, s. d.

C. ROUGÉ et PIQUEMAL-LÉVÊQUE. Rapport médical sur l'asile d'aliénés de Limoux (Aude) pour l'année 1918. 23 pages in-8°. Limoux, imprimerie Talamas, 1919.

VICTOR MELCIOR FARRÉ. Degeneracion y regeneracion de la raza. Conferencias pronunciadas en la Sociedad científica Argentina los días 8 y 10 de Abril de 1919. 25 pages in-4°. Extrait de la *Semana medica*, Buenos-Aires, 1919.

VICTOR DELFINO. Influencia del alcoholismo en el desarrollo de la tuberculosis. 8 pages in-8°, Buenos-Aires. *Semana medica*, 1919.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le D^r ABADIE est nommé professeur de clinique psychiatrique en remplacement du D^r E. Régis, décédé.

Faculté de médecine de Paris. — M. LAIGNEU-LAVASTINE, agrégé, est chargé, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1919-1920 (durée du congé accordé à M. DUPRÉ), d'un cours de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.

— Sont institués, après concours, chefs de clinique des maladies mentales (Sainte-Anne). MM. LOGRE et VINCHON, titulaires; MM. HAUYER et BOUTET, adjoints.

NÉCROLOGIE

D^r PAUL-LOUIS LADAME. — Nous avons le douloureux regret d'annoncer la mort de notre excellent confrère et ami, le D^r Paul-Louis Ladame, décédé à Genève, le 21 octobre 1919, dans sa 78^e année.

Ladame, naquit, le 15 juin 1842, à Neuchâtel. Son père, qui était professeur de physique et de chimie à l'Académie de cette ville, le guida dans ses premières études qui furent excellentes et lui permirent de prendre, dès l'âge de dix-neuf ans, ses premières inscriptions dans une Faculté de médecine. Selon une coutume fréquente à l'étranger, il parcourit le cycle de ses études médicales en fréquentant successivement les cours et les cliniques des Universités de Zurich, Wurzburg, Berne et Paris. Dans une communication faite en 1910, à la Société médico-psychologique, il nous rappela les impressions de son séjour dans cette dernière ville.

« C'était en 1864, il y a bientôt quarante-huit ans, j'arrivais à Paris, tout jeune médecin, brûlant du feu sacré, enflammé par les leçons de Griesinger, qui avait inauguré l'année précédente un cours de psychiatrie dans le vieil asile de Zurich. Je fus enthousiasmé par les brillantes conférences cliniques de Lasèque, et la maestria avec laquelle il « accouchait » l'esprit récalcitrant des persécutés. Dans les allées de la Salpêtrière j'entrevis Falret père, serré dans sa redingote Louis-Philippe, image de l'aliéniste sévère, correct et digne, formé par le grand Esquirol. Assis aux côtés de Duchenne de

Boulogne, sur les gradins rustiques réservés au public, nous écoutions ravis le célèbre tournoi oratoire sur l'aphasie à l'Académie de médecine, où Bouillaud, Trousseau et Paul Broca rivalisaient d'éloquence. »

Ladame choisit pour sujet de sa thèse de doctorat la question, tant controversée à l'époque, de la symptomatologie, et du diagnostic des tumeurs cérébrales. Cette thèse fut très appréciée. Son auteur, comme le fait remarquer M. le D^r F. Naville, qui a consacré à notre ami une notice nécrologique de tous points excellente et à laquelle nous empruntons plus d'un détail sur la vie de Ladame, son auteur « s'y livre à un très consciencieux dépouillement analytique des nombreuses observations de tumeurs publiées jusqu'alors, analyse minutieuse qui mit en évidence plusieurs symptômes utiles à un diagnostic de localisation précis et qui fait de cet ouvrage un recueil de bonnes observations qu'on peut encore consulter aujourd'hui avec profit ».

Avant de se fixer à Genève, Ladame pratiqua la médecine, successivement à la Chaux-de-Fonds, au Locle, etc., s'intéressant partout aux questions d'hygiène sociale, de salubrité publique, d'assainissement des villes, publiant des brochures et les conférences qu'il avait faites sur ces divers sujets. C'est à cette époque, comme le raconte M. F. Naville, qu'un « généreux citoyen de Neuchâtel, F. Morel, ayant légué sa fortune à l'Etat pour être employée à une œuvre d'utilité publique, le Grand conseil décida de la consacrer à la création d'un orphelinat cantonal, et le D^r Ladame fut chargé de visiter les établissements similaires de la Suisse et de l'étranger, et de présider aux travaux de fondation de l'Orphelinat Borel. Il publia sur ce sujet un volumineux ouvrage de 200 pages où il étudie, depuis l'antiquité, l'histoire de l'assistance aux enfants orphelins et abandonnés, ce fut la première de ces recherches historiques minutieuses et extrêmement fouillées auxquelles il se complut si souvent plus tard. »

Le succès de ce travail l'incita à utiliser les nombreux documents et notes recueillis durant ses missions et ses voyages et il publia ses recherches sur le régime des aliénés en Suisse; sur la statistique et la cause des suicides; sur la prostitution dans ses rapports avec l'alcool, le crime et la folie; sur la névrose hypnotique; sur l'hypnose devant la médecine légale au point de vue du viol, etc., tous travaux portant la marque d'un esprit éclairé, passionné pour le bien public, mais aussi d'un fin observateur, aux connaissances multiples et variées.

En 1884, il vint se fixer définitivement à Genève, ce grand centre intellectuel de la Suisse française. « C'était, comme l'a

dit si bien M. F. Naville, la belle époque de la neurologie : les découvertes toutes récentes de Charcot sur les maladies organiques du système nerveux, la découverte récente aussi des techniques permettant d'étudier les lésions histologiques de ces maladies, les discussions alors passionnées entre les diverses écoles qui s'occupaient d'hypnotisme et d'hystérie, les progrès constants de la physiologie et de l'anatomie du système nerveux, la connaissance progressive des localisations cérébrales, toute cette science naissante donnait à une intelligence active, dans une grande ville, l'occasion de travailler, de publier et de se faire connaître. » Ladame se donna tout entier à ces études, à ces recherches de neurologie, non sans y associer des recherches et des études sur la pathologie mentale. Ce qui lui permit de faire, durant vingt-quatre ans, comme privat docent à la Faculté de médecine, et parfois à la Faculté de Droit, des cours et des conférences sur des sujets empruntés à la neurologie, à la médecine mentale, à l'anthropologie criminelle, à la médecine légale des aliénés, à l'histologie du centre nerveux.

Le nombre des mémoires qu'il a publiés est considérable : la plupart ont paru dans des recueils médicaux de la France, d'autres ont été donnés sous forme de communications à des Congrès scientifiques. Tous se caractérisent par la clarté d'exposition, une érudition très étendue, et le plus souvent par des idées originales, résultat de ses recherches personnelles et qu'il présentait alors sous la forme de quelques conclusions nettes et précises.

Tous ces travaux furent généralement très appréciés ; ils valurent à notre regretté confrère une juste et sérieuse renommée, dont le couronnement fut son élection de membre correspondant étranger de l'Académie de médecine en 1916. Il était membre associé étranger de la Société médico-psychologique depuis le 28 juillet 1884. Au XIII^e Congrès international de médecine de Paris, en 1900, il était tout indiqué pour être nommé président d'honneur des Sections de Psychiatrie et de Neurologie.

Ce labeur persévérant, cette activité intellectuelle féconde et toujours en éveil, n'obtinrent pas la récompense conforme au désir de notre ami regretté. Il eût occupé dignement une chaire de l'Université de Genève, ou du moins il aurait dû être mis à la tête d'un service hospitalier « où il aurait fait profiter les malades de son savoir, et aurait pu lui-même étendre ses connaissances cliniques et faire des travaux de laboratoire ». On doit le regretter : « Telles qu'elles furent cependant, écrit à ce propos son consciencieux biographe, sa vie et son œuvre est un exemple encourageant de ce que peut faire un médecin actif, dans un petit canton de notre petit pays, quand il ne lui est

pas donné d'avoir un service hospitalier, ni un laboratoire, ni une chaire universitaire. Un travail incessant peut cependant remplir utilement sa vie et le conduire à la considération de tous, ainsi qu'à une juste renommée qui rejaillit sur sa cité et sur son pays. »

Ladame avait pour la France une affection profonde. On le vit bien durant cette horrible guerre d'extermination, entreprise et poursuivie par notre ennemi héréditaire à l'aide des procédés les plus barbares et les plus sauvages. Il flétrit avec indignation, dans un article publié dans les *Archives d'anthropologie criminelle*, les actes d'indigne férocité commis par les armées de ce peuple prétendument cultivé, qui se croit au-dessus de toutes les autres nations et n'est en réalité au-dessus d'elles que par son orgueil pathologique, sa mauvaise foi, sa brutalité et sa sauvagerie.

Malgré les multiples vicissitudes de cette guerre de plus de quatre ans, notre ami ne cessa d'avoir confiance dans le succès final; il fut toujours convaincu de la victoire de l'Entente. Aussi, grande fut sa joie lorsqu'on apprit la déroute définitive de l'ennemi et l'obligation où il se trouvait de solliciter l'armistice. Les lettres qu'il nous adressa alors exultaient, mais ne nous étonnèrent pas. Nous n'ignorions pas combien il aimait notre pays, où il comptait tant d'amis qui lui étaient profondément attachés.

Nous perdons en Ladame un ami sûr, un collègue distingué, aux connaissances les plus variées. Nous conserverons pieusement la mémoire de cet homme de bien, d'une intelligence élevée et d'un grand cœur, d'une aménité rare et d'une inaltérable bienveillance. Sa vie fut toute de travail et de dévouement; il semble l'avoir caractérisée lui-même dans les phrases suivantes d'une conférence faite il y a vingt-cinq ans : « Le couronnement de l'hygiène du système nerveux, c'est l'hygiène morale, dont tout le programme peut se résumer en deux mots : Aimer la vie et ne pas redouter la mort. Pour remplir ce programme, il faut tendre sans cesse au perfectionnement de soi-même, apprendre le renoncement et la résignation joyeuse, le dévouement à sa famille, à ses semblables, à son pays. Quand la tâche de chaque jour a été laborieusement et consciencieusement remplie, on peut attendre la mort sans trouble et sans faiblesse, et rien ne peut mieux préparer une heureuse et sereine vieillesse qu'une bonne hygiène nerveuse et mentale à travers les âges de la vie. »

A. R.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de Médecine a tenu sa séance annuelle le mardi 16 décembre 1919, sous la présidence de M. E. Delorme, pré-

sident. Parmi les nombreux prix et récompenses décernés, nous relevons les suivants, concernant la médecine mentale et nerveuse :

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY (Brésil). — 1.000 francs. — Quatre mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à M. René MIÉGEVILLE, interne des Hôpitaux de Paris : *Quelques considérations sur les abcès du cerveau d'origine otitique et leur traitement. Recherche d'une nouvelle ligne de topographie cranio-encéphalique.*

PRIX APOSTOLI. — 700 francs. — Un mémoire a été présenté.

L'Académie décerne le prix à M. le Baron Pierre CHARPV, de Paris : *Essai sur l'examen électrique des nerfs moteurs chez les blessés de guerre par la méthode dite classique.*

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. — Question : *Troubles psychiques consécutifs au traumatisme crânien, et plus particulièrement à ceux qui sont le résultat d'accidents de guerre.* — Un mémoire a été présenté.

L'Académie décerne le prix à M. le Dr Henri BOUTTIER, interne des Hôpitaux de Paris.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3.000 francs. — Un mémoire a été présenté.

L'Académie décerne le prix à M. le Dr Fernand NETTER, de Paris : *De l'épilepsie généralisée, post-traumatique.*

Dans la même séance, l'Académie a fait connaître le sujet des prix pour les années 1920, 1921 et 1922. Les *Annales* ont fait connaître les questions relatives à la médecine mentale et nerveuse pour les deux premières années (voir les numéros de janvier 1918, p. 168 et de janvier 1919, p. 74) : voici celles proposées pour 1922.

PRIX BAILLANGER. — *Anonymat facultatif.* — *Partage interdit.* 2.000 francs.

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés.

Les mémoires des concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première, ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde, ils étudieront, séparément pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens et au besoin par quels changements dans l'organisation de ces asiles on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel.

PRIX DU BARON BARBIER. — *Anonymat facultatif.* — *Partage autorisé.* — 2.500 francs. (Annuel).

Ce prix sera décerné à l'auteur qui découvrira des moyens

complets de guérison pour des maladies reconnues jusqu'à présent le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, la scrofule, le typhus, le choléra-morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué, s'en seront le plus rapprochés.

PRIX CHARLES BOULLARD. — *Anonymat facultatif.* — *Partage interdit.* — 1.800 francs. (Biennal).

Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage ou obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales en arrêtant ou en atténuant leur marche terrible.

PRIX CIVRIEUX. — *Anonymat obligatoire.* — *Partage interdit.* — 900 francs. — Question : *Formes cliniques et traitement de la syphilis médullaire.*

PRIX FAURET. — *Anonymat obligatoire.* — *Partage interdit.* — 1.500 francs. — Question : *Les épilepsies traumatiques de guerre.*

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — *Anonymat facultatif.* — *Partage interdit.* — 3.000 francs. (Annuel.)

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

PRIX HERPIN (de Metz). — *Anonymat obligatoire.* — *Partage autorisé.* — 2.000 francs. — Question : *Traitement abortif de la poliomyélite.*

PRIX HENRI LORQUET. — *Anonymat facultatif.* — *Partage interdit.* — 300 francs. (Annuel.)

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

CONCOURS D'ADJUVAT DES ASILES D'ALIÉNÉS

Le décret suivant vient de paraître au *Journal officiel* :

« Art. 1^{er}. — Par mesure transitoire, les candidats au concours d'adjuvat des asiles admissibles au concours d'adjuvat de 1914 sont autorisés à conserver, lors du concours d'adjuvat de 1920, le nombre de points qu'ils ont obtenus en 1914, sous la condition expresse qu'ils en fassent la demande formelle avant la clôture du registre d'inscription.

« Faute par eux de faire cette demande dans le délai ci-dessus indiqué, ils auront à subir à nouveau les épreuves préparatoires du concours ».

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

A NOS LECTEURS

Le décès de M. le D^r Ritti, survenu presque immédiatement après l'apparition du numéro de janvier des *Annales médico-psychologiques*, a occasionné une perturbation profonde dans la publication de notre Revue.

M. le D^r Ritti la dirigeait seul depuis trentecinq ans ; il s'y était donné tout entier, veillait sur elle avec un soin extrême et s'efforçait d'y maintenir les traditions de l'École française si glorieusement représentée par son fondateur Baillarger.

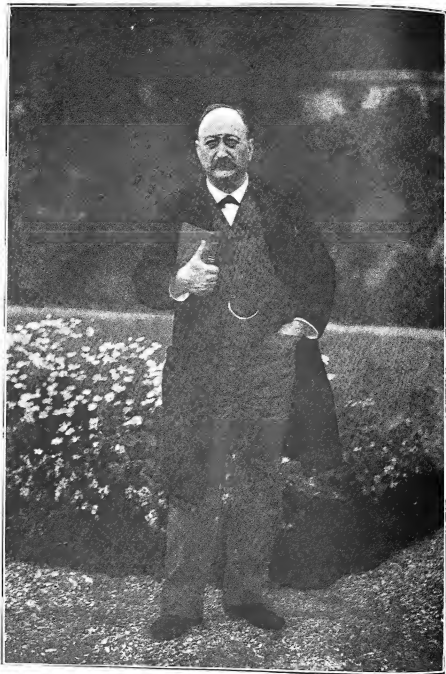
La Société médico-psychologique en me nommant secrétaire général, les membres des familles Baillarger, de Foville et Ritti, en me transmettant les fonctions de rédacteur en chef des *Annales*, m'ont confié le périlleux honneur de succéder au Maître éminent qu'était M. Ritti.

Je ne pourrai que m'inspirer de son exemple.

HENRI COLIN.

La crise qu'a traversée et que traverse encore l'imprimerie, nous oblige à publier six numéros seulement pour l'année 1920. En 1921, les Annales paraîtront dix fois par an, ce qui nous permettra de publier le compte rendu des séances de la Société médico-psychologique en temps utile pour la suite des discussions.

Actuellement, nous devons nous efforcer de mettre à jour la publication des travaux de cette Société dont les séances ont été des plus remplies, ce qui nous contraint à retarder un peu la publication des articles originaux.



ANT. RITTI (1844-1920).

Photographie prise en 1909.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

ANT. RITTI

(1844-1920)

Par le Dr Georges VERNET

Médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Bourges (Cher).



Le dimanche 23 janvier 1920, un très petit cortège accompagnait à sa dernière demeure Ant. Ritti. Méthodique et modeste jusqu'au bout, le défunt avait réglé lui-même l'ordonnance de ses obsèques, tout prévu pour leur conserver un caractère d'extrême simplicité : pas de lettres d'invitation, pas de faire part, pas de discours; un avis laconique, rédigé de sa propre main, devait paraître dans un journal du soir, alors que tout serait fini. Les volontés d'Ant. Ritti furent scrupuleusement obéies. Et c'est pourquoi, derrière ce char qu'il avait désiré être celui des indigents, nous étions quelques-uns à peine : amis personnels, collègues verbalement prévenus et, de ses élèves, un seul, le plus humble,

celui auquel échoit aujourd'hui la pieuse, — et pour lui bien lourde, — mission de dire ici, au nom de tous, ce qu'était le maître disparu.

Ritti (François-Antoine-Auguste) naquit à Strasbourg, le 6 février 1844. Dans sa ville natale, il fit ses humanités, qu'il termina tard, et il s'inscrivit à la Faculté de médecine. Ses débuts dans la carrière nous sont mal connus; il semble qu'ils aient été pénibles : internat dans un asile de province sous des chefs sans éclat (Fains, décembre 1867-juliet 1870), études interrompues par la guerre, déracinement du sol natal par option pour la nationalité française (24 août 1872), enfin la thèse passée (14 mars 1874), exercice de la profession comme médecin du Bureau de Bienfaisance dans le VI^e arrondissement de Paris.

Comment Ant. Ritti, obscur praticien de quartier, sans titres, sans renom, a-t-il réussi à fixer sur lui l'attention et à pénétrer dans l'intimité d'hommes aussi considérables que l'étaient alors Baillarger, Jules Falret, Luys, Lasègue, Legrand du Saulle, il est malaisé de le démêler à l'heure actuelle où tous les témoins de cette période de sa vie ont disparu.

Les faits certains, — ses écrits en font foi, — c'est que Ritti, dès 1869 acquis aux idées positivistes, militait pour la doctrine dans les journaux et dans les revues, — c'est qu'en 1872, il faisait ses premières armes à l'Union médicale, sous la férule de Jules Guérin, — c'est enfin qu'en 1875, il commençait à donner aux *Annales médico-psychologiques*, alors dirigées par Baillarger et par Lunier, une collaboration assidue.

Or, c'était encore le temps heureux où les jeunes

gens, lisant beaucoup, écrivaient peu, — et seulement lorsqu'ils savaient tenir une plume, — mais où il suffisait parfois d'un article bien venu pour classer un auteur et pour décider d'un choix. N'est-ce pas ainsi que Ritti se distingua?

Il n'est pas douteux, en tous cas, que dès cette époque il n'ait su se concilier des amitiés puissantes et d'actifs patronages, qui lui permirent de prétendre et d'arriver, pour ainsi dire d'emblée et presque sans coup férir, aux situations les plus enviées.

Déjà inspecteur adjoint des asiles d'aliénés de la Seine, Ritti était proposé pour remplir les fonctions de chef de clinique du professeur Ball, qui allait inaugurer la chaire de Sainte-Anne, lorsque fut ouvert (décembre 1873) un concours sur titres pour la nomination à deux places de médecin divisionnaire à la Maison Nationale de Charenton. Ritti posa sa candidature, qui fut retenue.

En 1882, il était élu secrétaire général de la Société médico-psychologique.

Quelques années plus tard, il devenait rédacteur en chef des *Annales médico-psychologiques*.

Charenton, la « Société », les *Annales* : un triple champ s'offrait désormais à son activité. Ritti s'était donné une triple tâche, à « l'accomplissement soutenu » (1) de laquelle il devait consacrer sa vie.

* *

Pour que fût prise la décision de mettre au concours les deux places de médecins de Charenton, il

(1) Sauf indications contraires, toutes les citations entre guillemets sont empruntées à Ritti.

n'avait fallu rien de moins qu'une crise grave, dans laquelle avait manqué sombrer la vieille Maison. Après la retraite de Calmeil (1872) et le passage éphémère de Rousselin, des considérations et des influences parfaitement étrangères à la science avaient fait attribuer la succession d'Esquirol à des praticiens parfaitement étrangers à la médecine mentale. L'essai ne pouvait être que malheureux. Force fut bientôt d'y mettre un terme. C'est à cette intention qu'un concours sur titres fut ouvert et qu'un jury fut constitué, lequel, sous la présidence de Charles Robin, comprenait des aliénistes comme Lasègue, Lunier, Legrand du Saulle. Le choix entre les candidats n'alla pas sans difficultés, puisqu'il devait conduire à éliminer des hommes comme Bourneville, Doutrebente, Jules Voisin; il fut particulièrement heureux, puisqu'il s'arrêta, en fin de compte, sur Christian et sur Ritti, qui, l'un et l'autre, devaient fournir la plus honorable des carrières.

Le 13 février 1879, Christian et Ritti étaient installés simultanément dans leurs fonctions respectives. La tâche qui s'offrait à eux était ardue; ni l'un ni l'autre ne s'en dissimulaient les difficultés. Il fallait : à l'intérieur, restaurer le prestige amoindri, affirmer l'autorité morale très atteinte des médecins; au dehors, rappeler sur la Maison Nationale l'attention du monde scientifique, laquelle, depuis le départ de Calmeil, s'en était complètement détachée.

« Charenton, écrivait quelques années plus tard Christian, a une tradition, déjà ancienne, de science et de travail; elle peut évoquer avec orgueil les noms d'Esquirol, de Bayle, de Royer-Collard, des deux Foville, du vénérable Calmeil, qui lui a

donné cinquante-deux ans de sa longue et utile carrière (1). »

C'était un bien lourd héritage : Christian et Ritti s'unirent pour le porter.

Ces deux hommes, si dissemblables à tant d'égards et d'une formation intellectuelle si différente, se rendirent compte dès le principe qu'au prix, s'il était nécessaire, de concessions mutuelles, ils devaient, pour réussir, concerter leur action et conjuguer leur effort. Que chacun d'eux, dans sa sphère, dût s'acquitter de ses obligations professionnelles avec un soin scrupuleux et une impeccable ponctualité, c'était, pour ces hommes de haute conscience, chose si naturelle et devoir si élémentaire, qu'ils eussent été grandement surpris qu'on les en louât. Il fallait plus et mieux : il fallait éviter que, les sachant différents, on ne les opposât. Ils scellèrent entre eux un pacte auquel, pendant vingt-six ans, ni l'un ni l'autre ne manqua.

Pendant vingt-six ans, chaque matin les réunit autour de la table commune, dans cette riche bibliothèque, dont Ritti s'était fait le conservateur jaloux, et pendant vingt-six ans, quotidiennement, ils travaillèrent côte à côte, réalisant ainsi aux yeux de tous l'entente la plus intime et la collaboration la plus étroite. Aussi le premier des buts visés fut-il bientôt atteint : on prit l'habitude de ne plus les distinguer nommément, mais de les associer toujours. Ils étaient les « médecins ». Et sous ce simple vocable tous ceux qui, pendant ce quart de siècle, ont passé par Charenton se rappellent ce que chacun enfermait de déférence et de respect.

(1). *Rapport sur le service médical de la Maison nationale de Charenton pendant la période décennale 1879-1888*, par les Drs J. Chris-

Les services de la Maison Nationale étaient, à l'époque, incontestablement — ils sont, sans doute, restés — parmi les plus riches et les plus variés de la capitale. Pour des cliniciens de la valeur de Christian et de Ritti, ce devait être, en même temps qu'une obligation morale, une vraie joie que de mettre en œuvre ces matériaux de premier ordre. Ils n'eurent garde d'y manquer. Ce n'est pas ici le lieu de rappeler les travaux de Christian, la plupart d'ailleurs confiés à Ritti pour être publiés dans ce Recueil; mais avant de dire ce que fit Ritti à Charenton, je dois noter une manifestation bien significative de leur solidarité scientifique : « C'est de Charenton que sont partis les travaux qui ont constitué la paralysie générale, la grande découverte du XIX^e siècle en pathologie mentale » (1). Les médecins de Charenton estimèrent que l'article « Paralysie générale » du *Dictionnaire* Dechambre, destiné à faire date dans l'histoire de cette maladie, ne pouvait paraître que sous leur double signature. On sait que ce travail est resté longtemps classique et qu'aujourd'hui encore on ne le relit pas sans profit.

Deux ans à peine après qu'il eût pris son service, Ant. Ritti publiait son *Traité clinique de la folie à double forme (folie circulaire, délire à formes alternées)*, œuvre considérable que l'Académie de Médecine couronna, monographie qu'on peut citer comme un modèle du genre. Puis se succédèrent des observations cliniques : Folie transitoire à la suite d'une violente émotion morale; De l'asphyxie

tian, médecin de la division des hommes, et A. Ritti, médecin de la division des dames. Paris, typographie Gaston Née, 1889, p. 29.

(1) Christian. *Loc. cit.*

locale des extrémités dans la période de dépression de la folie à double forme; Un cas d'éthéromanie, etc.; des revues critiques: De la claustrophobie; Les cérébraux; De l'onomatomanie; Les aliénés persécuteurs, etc.; l'article « Charenton (Maison Nationale de) », dans la *Grande Encyclopédie*; toute la série d'articles du *Dictionnaire* Dechambre embrassant à peu près en son entier tout le vaste champ de la pathologie mentale; des Communications à la Société médico-psychologique; un rapport remarqué sur « les Psychoses de la vieillesse », au VI^e Congrès des aliénistes, etc. J'en ai dit assez pour montrer que, dans l'œuvre commune qu'ils avaient entreprise de restituer la renommée des médecins de Charenton, Ant. Ritti peut à bon droit revendiquer sa large part.

D'autant, — et Christian le proclamait tout le premier, — que son collègue lui apportait, pour ainsi dire journellement, une aide qui, pour être plus discrète, n'en était pas moins précieuse. Je ne fais pas allusion seulement aux observations cliniques qu'il lui communiquait libéralement pour ses publications, non plus qu'à leur échange quotidien d'idées, de réflexions, de renseignements dont chacun tirait son profit. C'est autre chose que je veux dire: les vingt dernières années du siècle passé furent marquées, pour la médecine mentale, par des discussions importantes et par des débats souvent très vifs devant les Sociétés savantes. On n'eût pas compris, il ne se pouvait pas que Charenton n'y fût pas représenté. Christian fut son porte-parole. Orateur disert, élégant, spirituel, redouté dans la controverse pour sa verve gouailleuse et pour sa fine ironie, Christian devait à Ritti, moins bien doué sous ce rapport et toujours prêt à s'effacer

devant son aîné, la documentation vaste, précise, infailible et bon nombre des formules heureuses qui caractérisaient ses interventions.

Ainsi, au dehors comme au dedans, les médecins de Charenton faisaient faisceau de toutes leurs forces, de tous leurs dons, pour le plus grand bien de la Maison.

Ritti resta pendant trente ans et huit mois « médecin de la division des dames ». Il y était aimé, respecté, et il s'était lui-même profondément attaché à ce service « où il avait trouvé avec la paix et la tranquillité, le moyen d'augmenter ses connaissances et de faire quelque bien ». Il n'évoquait jamais sans attendrissement ces vingt-six premières années de sa carrière. Pourquoi faut-il que les derniers mois de son séjour à Saint-Maurice aient été attristés par des incidents qu'il ne rappelait jamais sans amertume? Ce savant haut et fier, qui avait droit et qu'on avait accoutumé à plus d'égards, se crut un jour atteint dans sa dignité; et, sur ce point, il ne transigeait pas. Prematurément, en pleine vigueur intellectuelle et physique, Ant. Ritti quitta la Maison Nationale de Charenton, le 31 octobre 1909.

*
* *

Dans sa séance du 26 décembre 1881, la Société médico-psychologique avait élu pour la première fois Ant. Ritti secrétaire général; depuis lors, elle le réélut chaque année jusqu'à sa mort; à lui seul, Ant. Ritti aura donc fourni une carrière beaucoup plus longue que celle de tous ses prédécesseurs réunis: Dechambre (1852-1854), Cerise (1854-1857), Brierre de Boismont (1857-1859), Archambault

(1859-1862), Brochin (1863-1867), Ch. Loiseau (1868-1873), Motet (1874-1884).

Ce qu'il fut à cette place, tous les présidents de la Compagnie qui se sont succédé pendant ce laps de temps l'ont proclamé à l'envi, en épuisant à son intention toute la gamme des épithètes laudatives : le moins qu'ils en aient dit, c'est que Ritti était la « cheville ouvrière » de la Société, ou bien encore qu'il en fut « l'âme ».

Il est certain qu'il n'avait pas vu dans ses fonctions une sinécure. Préparer et organiser les séances, veiller aux convocations, alimenter les ordres du jour, constituer les Commissions, répartir les rapports, publier les comptes rendus, assurer le recrutement, recevoir, dépouiller et rédiger la correspondance, toute cette besogne matérielle, fastidieuse, il l'accomplissait allégrement, ponctuellement, sans bruit, sans effort, avec aisance et avec tact. Son assiduité aux séances était légendaire, son exactitude tenait du chronomètre : assis le premier au bureau, il ne le quittait jamais que le dernier. Toutes ces menues qualités, dont chacune peut paraître banale et dont certaines peuvent prêter à sourire, se trouvent rarement réunies en un seul homme. Ritti, les possédant à un haut degré, trouva tout naturel de les mettre au service de la Société.

Pour lui, ce n'était là qu'un minimum. Pénétré du rôle important que peut et doit jouer la Société médico-psychologique dans le progrès de la spécialité, il voulait qu'elle fût « classée au nombre des réunions scientifiques les plus autorisées. » et il ne négligeait aucun effort pour accroître son influence ou pour étendre son rayonnement. Il était fier quand il la voyait consultée par les pouvoirs publics sur les questions de législation ou de service

des aliénés ; nul ne souffrait plus que lui quand les ordres du jour étaient indigents, l'assistance clairsemée, l'intérêt des séances languissant.

Le 23 octobre 1869, sur la proposition de son président, l'inspecteur général Constats, la Société avait décidé que, dorénavant, « chaque année, à la séance du mois d'avril, le secrétaire général lirait une notice biographique sur chacun des membres de la Société décédés dans le courant de l'année ». Cette décision, qui fut appliquée, sinon à la lettre, du moins très largement, fut l'origine des biographies de Cerise (1870), de Métivié et de Falret père (1871), par Ch. Loiseau ; de Félix Voisin (1873), de Morel (1874), d'Aubanel (1876), de Ferrus (1878) et d'Ulysse Trélat (1880), par Motet. Ces dernières, « pages d'histoire écrites avec le cœur », furent considérées en leur temps comme des modèles du genre. Mais le genre lui-même, jadis très en honneur, apparut par la suite quelque peu désuet et périmé. Nul certainement n'eût tenu rigueur à Ritti de suivre l'exemple de ses collègues de la plupart des Sociétés savantes, même des Académies, et de laisser tomber dans l'oubli la décision de 1869. Mais Ritti avait à un très haut point le sens de la tradition, en plus, il l'a dit lui-même quelque part, la « bosse de la vénération ». Il eut donc le courage — il en fallait devant un auditoire parisien — de prononcer, en vingt-quatre ans, treize éloges, et, n'en déplaise aux sceptiques, cela nous a valu une magnifique galerie de portraits, gravés du burin le plus élégant, et dans laquelle il sut faire revivre intensément les figures à peine disparues et déjà trop oubliées de savants distingués et de maîtres aimés et respectés : Marcé (1882), Parchappe (1883), Renaudin (1884), Lasègue (1885), Moreau de Tours

(1887), Dechambre (1889), Ach. Foville (1891), Baillarger (1892), Cotard (1894), Calmeil (1897), Billod (1900), Lunier (1904), Jules Falret (1906).

Ces notices sont mieux que de simples biographies. Ritti a dit lui-même dans quel esprit il les avait conçues et qu'elles étaient autre chose à ses yeux qu'un exercice de rhétorique pompeuse et ampoulée. « Le médecin aliéniste, remarque-t-il, mène une vie simple et unie, confinée en quelque sorte dans les murs de son asile..... Pour celui qui est appelé à la raconter en public, une telle existence, non sans monotonie, ne prête que rarement à l'épisode anecdotique ou pittoresque, qui pique la curiosité et réveille l'attention de l'auditoire. En de tels sujets, l'intérêt doit se concentrer sur les travaux scientifiques. J'ai donc scruté avec un soin attentif, exposé avec clarté et précision l'œuvre des maîtres et collègues à qui j'ai été appelé à rendre un suprême hommage... et je n'ai jamais perdu de vue le but que je m'étais assigné de faire de chacun de ces Eloges comme un chapitre de l'Histoire de notre spécialité. »

Qu'il ait pleinement atteint ce but, tous ceux qui ont lu ou entendu les « Eloges » peuvent en porter témoignage. Mais Ritti devait faire plus encore pour sa chère Société. Il prit prétexte du Cinquantenaire de sa fondation (1852) pour écrire l'Histoire de ses travaux. Nul doute qu'il ne voulût, par là, montrer à ceux qui l'ignoraient, rappeler à ceux qui paraissaient enclins à l'oublier, la part prépondérante qu'elle avait prise dans l'élaboration des doctrines de la médecine mentale française. Peut-être aussi croyait-il stimuler le zèle par ois défaillant des vivants en leur montrant leurs aînés « si pleins d'ardeur pour la science ». Il assumait donc la tâche de « compiler, la plume à la main, les procès-verbaux de plus de

cinq cents séances, de coordonner et de classer les documents innombrables ainsi recueillis, d'en exprimer les idées essentielles et de les présenter avec ordre et méthode ». Or, cette tâche, lorsqu'il l'eut menée à bien, lui ménageait une surprise : il « n'avait voulu donner que l'historique de la Société médico-psychologique, et il s'est trouvé qu'il avait fait, dans un raccourci saisissant, l'histoire de la psychiatrie au cours de la seconde moitié du siècle dernier ». Et, ajoute l'auteur particulièrement qualifié qui a écrit ces lignes : « Aucun panégyrique ne vaut, pour exalter l'œuvre des médecins aliénistes français, la sobriété de ce procès-verbal (1). »

Les « Eloges » et l'« Histoire des Travaux », réunis plus tard en deux volumes, resteront comme le monument le plus solide à la fois et le plus utile qui puisse être élevé à la gloire de la Société médico-psychologique.

La Société pouvait donc à bon droit être fière de son Secrétaire général : pour la fidélité et pour l'éclat des services qu'il lui avait rendus, elle lui devait bien, comme s'est plu à le proclamer un de ses présidents très autorisés « une reconnaissance sans bornes » (2).

* *

En 1883, Lunier étant mort, Ant. Ritti fut appelé à lui succéder dans la co direction des *Annales médico-psychologiques*, fonctions qu'il partagea avec Baillarger et Ach. Foville. Ce dernier mourut à son tour en 1887, puis, en 1890, Baillarger. Ritti, dès ce moment, devint seul rédacteur en chef : il le resta pendant 30 ans.

(1) Paul Sérienx. *Ann. méd.-psych.* mar.-avril 1911, p. 284.

(2) Motet. *Ann. méd.-psych.*, septembre-octobre 1906, p. 287.

Il avait fait, nous l'avons dit, ses débuts tout jeune dans le journalisme médical et il avait été à bonne école : à l'Union médicale, d'abord, avec Jules Guérin, qu'il nous dépeint « savant de premier ordre », « esprit supérieur » et « écrivain de rare mérite », mais « de caractère entier », « de tempérament agressif », « aimant la lutte et la recherchant », ne « concédant jamais rien » ; puis à la *Gazette hebdomadaire*, avec Dechambre, « esprit juste et pénétrant, « moraliste fin et délicat », « le modèle du journaliste probe et consciencieux », « qui garda toujours le soin le plus jaloux de la dignité de sa profession ».

Ritti était donc préparé à sa tâche ; pour ses débuts d'ailleurs, il se sentait solidement étayé par Bailarger et par Foville, qui devaient être pour lui les guides les plus sûrs.

Aux *Annales* comme à la Société Médico-psychologique, Ritti prit d'abord pour lui seul tout le travail matériel ; il semble que ce fut chez lui plus qu'une habitude : une vocation. Il ne laissait à personne ni les soucis de l'administration, ni les soins de la rédaction. Il « faisait » chaque numéro avec la même sollicitude minutieuse qu'il apportait à tous ses travaux, et, sauf circonstances tout à fait exceptionnelles, il « paraissait » toujours à la date fixée. Même aux jours sombres de la guerre, et seules parmi toutes les revues de la spécialité, les *Annales*, grâce à Ritti, n'ont jamais cessé complètement leur publication.

Il y collaborait de toutes façons : par des mémoires originaux et par des revues générales, — nous en donnerons plus loin l'énumération, — par des chroniques, dont la première remonte à septembre 1883, — et surtout par d'innombrables analyses bibliographiques. Ritti, comme Dechambre, avait la convic-

tion que « le journalisme médical *critique* répondait à un besoin » et ce fut sans hésitation qu'il consacra le meilleur de son temps et peut-être de son talent à rendre à ses contemporains ce service. N'est-ce pas, en effet, pour un auteur une bonne fortune, — et qui devient rare, — d'être lu attentivement, apprécié avec bienveillance, loué sans excès par un juge d'une compétence éprouvée ? De 1873 à 1919, Ritti a répandu sans compter dans les *Annales*, sous cette forme modeste d'« analyses », des trésors d'érudition.

Baillarger, fondant cette revue en 1843, lui avait tracé un programme qui embrassait toutes les branches alors connues de la médecine mentale : la pathologie, dont tous les problèmes devaient être discutés à la lumière de la « stricte observation clinique, cette méthode supérieure, unique, excellente pierre de touche des généralisations hâtives et prématurées », la thérapeutique, — traitement physique et moral, — la médecine légale, la législation, l'organisation des asiles d'aliénés.

Ritti s'est flatté d'être toujours resté fidèle à ce programme et à l'esprit dans lequel il avait été conçu. On lui en a fait grief. On lui a reproché de n'avoir pas évolué avec son temps, de n'avoir pas su « moderniser » sa revue, en y faisant la part la plus large aux actualités, à l'iconographie, etc...

Il est bien vrai. Prenez au hasard un numéro de la collection des *Annales* : depuis tantôt 80 ans, format, aspect extérieur, rubriques, caractères même, rien n'est changé. Comme la *Revue des Deux Mondes*, son aînée de quelques années à peine, a gardé depuis sa fondation sa couverture saumon, le « Journal destiné à recueillir tous les documents relatifs à l'aliénation mentale, aux névroses et à la médecine

légale des aliénés » a conservé immuable sa parure. Affectation d'archaïsme, si l'on veut, coquetterie de très vieilles gens.

Tournez et retournez le livret : pas davantage aujourd'hui qu'il y a 80 ans, vous n'y découvrirez ni dessus, ni dedans, ni bien en vue, ni discrètes, soit des réclames pour produits pharmaceutiques, soit des annonces pour maisons de santé. Et cela, assurément, n'a rien de moderne. Mais à cela, quelle qu'ait pu être la dureté des temps, Ritti jamais n'eût consenti.

Feuilletez cependant le recueil, lisez les articles : et dites-moi laquelle des grandes questions réputées « d'actualité » n'y a pas été en son temps, traitée, discutée, voire évoquée. Pour vous en convaincre, essayez d'entreprendre un travail quelconque sur n'importe quel sujet de la médecine mentale en ces trente dernières années sans avoir recours aux *Annales*, sans être contraint de les citer.

Ritti aurait refusé certains articles à tendances « rénovatrices », parfois il aurait exigé des retouches ou du moins inscrit des réserves. La chose est certaine et toute à son honneur. On doit le remercier de n'avoir pas, en trente-cinq ans, publié indistinctement tous les manuscrits qui lui furent apportés. Mais il les lisait tous, et avec grand soin, et il ne rebutait jamais ni de gaieté de cœur ni de parti pris : il exposait toujours ses raisons, solidement et sagement déduites, il s'efforçait de convaincre et il était bien rare qu'il n'enrobât pas son refus d'un mot d'encouragement.

Au surplus, il décidait avec une parfaite indépendance. A ma connaissance, il retourna jadis à tel professeur de clinique un travail dont la publication n'eût pas fait honneur à la fonction occupée par l'au-

teur. Par contre, n'était-il pas accueillant aux « jeunes » et ne s'est-il pas prêté aux initiatives les plus hardies? Le dernier numéro des *Annales* qu'il ait préparé, — et qui a paru quelques jours après sa mort, — contient trois articles originaux : les deux premiers ont été rédigés par de tout jeunes gens ; le troisième est la relation de la première application faite en France de la psycho-analyse à la médecine légale des aliénés, — tentative que d'aucuns jugeront osée, mais qui fut conduite, — dans l'espèce, — avec prudence, avec mesure, avec maîtrise. Et ce sont qualités qui devaient plaire à Ritti ; elles étaient dans la note de son journal.

Il n'était donc pas, comme on a bien voulu le dire, « rebelle aux tentatives de rénovation », mais, ici, comme partout, il accomplissait en conscience les fonctions qu'il avait une fois acceptées. D'une impartialité souveraine, supérieur à tout esprit de clan ou de camaraderie vulgaire, inaccessible à toute pression, Ritti, à la direction des *Annales*, se montrait impitoyable pour tout ce qui pouvait prêter au soupçon de mercantilisme, pour tout ce qui pouvait se présenter avec un caractère d'apologie personnelle ou de polémique discourtoise. Mais il ne reculait devant aucune hardiesse de pensée et il ne se laissait dominer que par une seule préoccupation : conserver aux *Annales*, répandues de longue date dans le monde entier, le juste renom de haute tenue qu'elles avaient su s'acquérir, tant en France qu'à l'étranger.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SEANCE DU 24 NOVEMBRE 1919

Présidence de M. DUPAIN, président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance d'octobre.

MM. Bussard, Collet, Gilles, Mignard, Rayneau, Revault d'Allonnes, membres correspondants, assistent à la séance.

Rapports de candidature.

M. JUQUELIER. — Messieurs, au nom d'une Commission composée de MM. Briand, Pactet et Juquelier, rapporteur, j'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien admettre, comme il le demande, M. le Dr Halberstadt, directeur-médecin de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais), parmi les membres correspondants de la Société médico-psychologique.

Vous estimerez, comme votre Commission, que le Dr Halberstadt remplissait, depuis plusieurs années, toutes les conditions requises pour être des nôtres. Interne des Asiles de la Seine en 1903, médecin adjoint en 1906, notre confrère occupait déjà en 1914 un poste à l'asile dont il est aujourd'hui le médecin-directeur. Mobilisé au cours de la campagne, il a été affecté au Centre psychiatrique d'Amiens, puis au Centre neurologique de Rouen ; et l'activité scientifique, dont il avait au préalable donné maintes et maintes preuves, s'est affirmée par de nouveaux travaux des plus intéressants concernant la psychiatrie de guerre.

Les publications de M. Halberstadt sont dès à présent très nombreuses : elles portent en majeure partie sur la clinique mentale, mais aussi sur l'assistance aux

aliénés, la thérapeutique et l'anatomie pathologique. Toutes sont intéressantes par la conscience méticuleuse qu'apporte l'auteur à présenter sous son véritable jour le fait d'observation servant de point de départ aux déductions théoriques, et par la riche documentation bibliographique qu'elles contiennent. D'ailleurs, tout en préparant ses travaux originaux, M. Halberstadt a été, au cours des dix dernières années, l'un des plus laborieux collaborateurs de nos revues spéciales, comme analyste, ou traducteur d'œuvres françaises et étrangères. Il faut donc faire une sélection dans une longue liste de publications personnelles, moins pour justifier votre vote que pour rappeler les plus importantes.

La thèse de doctorat de M. Halberstadt a été préparée par lui dans le service de M. Briand. Ce travail, qui a trait à la folie par contagion mentale, date de 1906. A côté de quelques observations inédites, par l'analyse desquelles il a été amené à souligner l'importance de la forme fruste du délire d'interprétation dans la genèse des délires collectifs, l'auteur expose et critique avec beaucoup de méthode, les différentes conceptions de la folie à deux. Il a réalisé ainsi une excellente mise au point de la question, qui depuis a été souvent citée comme elle le mérite. M. Halberstadt est revenu en 1909 sur la forme atténuée du délire d'interprétation dans un article publié par la *Revue de psychiatrie*.

Depuis, les délires systématisés, la démence précoce, la folie périodique, ont tour à tour sollicité l'activité de notre collègue. Mentionnons spécialement dans cette série les articles suivants : Délires systématisés des débiles (1912); le groupe des paraphrénies (1912); la démence précoce à évolution circulaire (1913); les crises des déments précoces (1914).

Mais ce sont peut-être les troubles mentaux de la vieillesse et leurs rapports avec les polynévrites qui ont le plus attiré l'attention du Dr Halberstadt. Tantôt seul, tantôt en collaboration avec M. Arsimoles ou M. Nouët, il a consacré aux psychoses séniles et pré-séniles de remarquables études, qui ont été pour lui l'occasion de comparer aux résultats de sa propre observation les descriptions de l'Ecole allemande; et ainsi il a contribué

à nous faire connaître ce qu'il y a de bon dans celles-ci. Nous ne pouvons énumérer ici tous les articles d'Halberstadt et de ses collaborateurs sur les psychoses séniles, la psychose de Korsakoff ou la presbyophrénie de Wernicke. Il nous suffira de citer la revue parue dans *Paris médical* en septembre 1913 (Les troubles mentaux séniles et pré-séniles, par Arsimoles et Halberstadt), qui résume toute la question, avec concision et avec clarté et qui est suivie d'un index bibliographique étendu.

Pendant la guerre, M. Halberstadt a publié, en collaboration avec M. Charon, plusieurs articles concernant les commotions et leurs séquelles, parmi lesquelles les troubles psychiques des commotionnés (*Paris médical*, juillet 1917).

A notre Société il a enfin réservé les communications suivantes :

Les buveurs intermittents (en collaboration avec M. Legrain, 1903).

Troubles psychiques d'origine probablement sulfo-carbonée (en collaboration avec M. J. Charpentier, 1905).

Sclérose en plaques avec troubles mentaux (en collaboration avec M. Lhermitte, 1906).

Troubles aphasiques par lésion temporale (en collaboration avec M. J. Charpentier, 1907).

Un cas de mysophobie de Kraepelin (en collaboration avec M. Nonet, 1908).

La paralysie générale juvénile (en collaboration avec M. Arsimoles, 1910).

La confusion mentale psychogène (en collaboration avec M. Charon, 1918).

Nous arrêterons là cette énumération qui d'ailleurs n'était pas nécessaire pour que vous admettiez M. Halberstadt à faire partie de la Société médico-psychologique.

M. Halberstadt est élu membre correspondant à l'unanimité des votants.

M. LWOFF. — Messieurs, votre Commission composée de MM. Séglas, Sérieux et Lwoff, rapporteur, a examiné les titres du Dr Benon qui sollicite sa nomination comme membre correspondant de notre Société.

Le D^r Benon, ancien interne des asiles de la Seine et médecin adjoint des asiles (concours 1905), médecin légiste de l'Université de Paris, a rempli pendant la guerre les fonctions de médecin en chef du Centre de psychiatrie et de médecin expert près le Conseil de guerre de la XI^e région. Il fut proclamé deux fois (1908 et 1912) lauréat de la Société médico-psychologique et six fois lauréat de l'Académie de médecine (1908, 1909, 1910, 1911, 1913 et 1915); il a obtenu en plus trois mentions honorables à la même Académie, une mention honorable à la Faculté de médecine et une mention très honorable à l'Académie des Sciences. Les récompenses de ce genre présupposent un labeur continu et consciencieux.

Le D^r Benon est, en effet, un travailleur remarquable. Avec persévérance, méthodiquement, il trace son sillon de plus en plus profond dans la science psychiatrique. Si, au point de vue doctrinaire, les avis peuvent différer sur la portée des résultats obtenus, il serait impossible de ne pas rendre hommage à l'effort continu et intelligent fourni par le D^r Benon. Il travaille en clinicien; il vit avec le malade, l'observe, accumule des matériaux; pas d'affirmation qui ne soit étayée sur des faits soigneusement recueillis et interprétés d'une façon personnelle.

Le D^r Benon a publié plus de 100 mémoires, articles, revues, etc.

Nous nous bornerons à rappeler ses principaux travaux de pathologie mentale. Son volume sur les fugues (517 pages), publié en collaboration avec le D^r Froissart (prix Socquet à l'Académie), présente une étude très complète de l'automatisme ambulatoire et du vagabondage. La définition de fugue de ces auteurs a été adoptée par le regretté professeur Régis dans son manuel de psychiatrie.

Vous connaissez tous le volume de 947 pages sur les traumatismes cérébraux et les troubles intellectuels au point de vue clinique et médico-légal. Ses observations nombreuses, presque toutes personnelles, l'examen détaillé de toutes les modalités des troubles mentaux qui se rattachent à ces traumatismes, constitue une contribution importante à l'étude de cette question si

difficile. L'auteur y passe en revue le choc traumatique, l'asthénomanie et les névroses traumatiques, l'hyperthymie anxieuse, que l'auteur considère comme une forme spéciale, la démence traumatique et tous les autres syndromes se rattachant aux traumatismes cérébraux.

Rappelons encore ses mémoires sur l'alcoolisme, sur les états démentiels, sur les amnésies, sur les troubles psychiques dans les lésions circonscrites, etc.

Enfin, pendant la grande guerre, le Dr Benon a étudié les psychoses de la guerre dans plusieurs publications et voici quelques unes de ses conclusions :

« Il n'y a pas de maladie mentale ou nerveuse spéciale à la guerre qui détermine surtout des états d'épuisement, etc.

..... « La réforme n° 1 doit s'appliquer aux psycho- et névrophobies qui se développent en raison ou à cause de la guerre ; il est des blessés par maladies nerveuses qui sont des invalides de la guerre au même titre que les mutilés de la bataille, etc. »

Le court résumé des travaux du candidat que nous venons d'exposer indique suffisamment les services rendus à la psychiatrie.

Votre Commission a pensé que le Dr Benon sera un collaborateur digne de la Société médico-psychologique et vous propose de le nommer membre correspondant.

Après lecture de ce rapport, M. le Dr Benon, ayant obtenu 18 voix sur 20 votants, est nommé membre correspondant à la majorité des suffrages.

M. TRENEL. — Messieurs, le rapport que je vous présente, au nom d'une Commission composée de MM. Ritti, Colin, Trénel, ce rapport marque une date.

C'est l'exposé des titres de M. le Dr Frankhauser, directeur-médecin de l'asile de Stephansfeld, comme membre correspondant.

M. le Dr Frankhauser est venu à la médecine mentale après une carrière déjà longue comme professeur de sciences, et, dans ce domaine si différent, il apporta toutes les hautes qualités d'un esprit rompu aux recherches abstraites.

Sa première œuvre médicale, sa thèse sur les *Psy-*

choses familiales, est cependant toute d'observation. Les richesses cliniques du service de psychiatrie de l'Université de Strasbourg lui ont fourni de nombreux matériaux, les observations sont au nombre de quarante. Les démences précoces dominant, puis viennent les folies maniaques dépressives et les psychoses tardives. M. Frankhauser a accepté ces dénominations, à vrai dire, *pour se tirer d'affaire*, avoue-t-il, car il en est peu satisfait. Si celles-ci peuvent s'appliquer aux cas classiques, qui sont des raretés, les cas complexes (ou mixtes) sont les plus fréquents, et une autre terminologie serait nécessaire; aussi est-il tenté, pour mieux définir les faits, de prendre une autre base de classification, et, se réclamant de l'autorité de Gall, il choisit comme telles les facultés psychiques : les sens, le sentiment, la volonté, l'intelligence, et, d'après la localisation du processus morbide, il distingue une démence des sens, du sentiment, de la volonté, de l'intelligence, et aussi une manie de la volonté ou folie motrice, une mélancolie de la volonté ou folie d'inhibition, une manie et une mélancolie du sentiment, etc. Nous ne pouvons pas entrer ici dans la discussion de ces données de l'auteur, mais nous y voyons une marque de l'anarchie qui règne dans une terminologie telle qu'elle ne peut satisfaire un esprit scientifique cherchant sa voie. D'autant que bien des observations données prêteraient à la discussion. D'ailleurs, M. Frankhauser déclare catégoriquement qu'il vaut mieux donner un diagnostic faux qu'aucun diagnostic. Il expose aussi très nettement les difficultés de diagnostic, dans maintes circonstances, entre la démence précoce et la folie maniaque dépressive, difficultés qui, disons-le, dépendent, à notre avis, en grande partie de l'extension exagérée donnée au terme de catotonie.

Ce vaste travail est très intéressant par la masse de documents donnés, et qui pourront servir de base à des discussions futures.

Dans un article qui complète sa thèse, M. Frankhauser est revenu de nouveau sur les sous-espèces de la démence précoce, en utilisant des cas tirés du vaste travail d'Urstein.

La question de la nature de l'hystérie est traitée à

fond dans un article sur les « Conceptions de l'hystérie d'après Kraepelin et Janet » ; M. Frankhanser repousse la théorie kraepelinienne pour adopter les vues de Janet, et admet la définition suivante : L'hystérie est un trouble mental conditionné par une faiblesse de la perception liée à une parésie intracorticale, centripète et centrifuge de l'association.

Les tendances d'esprit de M. Frankhanser l'écartent de l'observation et le conduisent de préférence vers les généralisations et la construction d'hypothèses, et sa science mathématique et physique l'amène, on peut dire presque fatalement, à envisager les faits mentaux sous un jour tout particulier. Dans son important travail sur « les troubles psychiques hypertoniques et hypotoniques », il se montre, dès l'abord, franchement intramécanicien.

En effet, ne débute-t-il pas ainsi : « De même que tout fait mécanico-physico-chimique n'est au fond que la tendance vers un nouvel état d'équilibre, de même aussi dans tout phénomène physiologique et psychique l'état d'équilibre de toutes les forces vitales ou psychiques joue un rôle primordial. » Il établit dès lors quatre lois, nous préférons dire « axiomes » :

1° Toute cellule reste dans un certain état d'excitabilité aussi longtemps qu'aucun stimulant extérieur n'agit pas sur elle ;

2° Toute excitation partant d'une cellule et s'étendant à une seconde cellule produit une certaine excitation inhibitrice de la seconde sur la première ;

3° La stimulation produite est une fonction de l'excitation, ainsi que de la sensibilité au stimulant diminuée de l'excitation inhibitrice ;

4° Tout état hypertonique d'une cellule ou d'un groupe de cellules, produit par l'action du stimulant, est suivi d'un état hypotonique pour revenir ensuite à l'état de tonicité normale.

Ces axiomes posés, les déductions s'en déroulent, s'il est permis de s'exprimer ainsi, suivant la méthode aristotélicienne.

L'hypotonie et l'hypertonie pouvant affecter les centres corticaux et les centres sous-corticaux, il en résulte que l'on peut distinguer une *hyper-* et une *hypo-encé-*

phalie, une hyper- et une hypopéricéphalie, que l'auteur cherche à identifier avec les formes cliniques connues.

Il applique d'abord ces notions à l'épilepsie; il établit, en particulier, que l'inhibition des centres corticaux, au début du paroxysme, produit la perte de connaissance et la résolution musculaire; la décharge inhibitrice des centres sous-corticaux, due à l'action tonique de ceux-ci, donne lieu aux convulsions toniques, enfin, à la décharge excitante des centres corticaux répondent les convulsions cloniques.

Les troubles partiels d'équilibre produisent l'aura.

Nous devons faire ressortir qu'une théorie analogue a été récemment exposée ailleurs et que la priorité en revient à M. Frankhauser, dont le travail date de 1912.

Nous ne pouvons ici, sans sortir des limites d'un simple exposé, suivre ici le développement de la théorie de M. Frankhauser, qu'il applique à l'hystérie, aux obsessions, à la neurasthénie, à la paranoïa, à la folie morale, au génie.

Nous nous étendrons moins longuement sur le travail intitulé *Mémoire et hérédité*, où M. Frankhauser dresse une théorie personnelle basée sur l'hypothèse d'éléments spéciaux, intracellulaires, produits de dissociation, qu'il dénomme *Energones*, et auxquels il fait jouer un rôle important dans l'hérédité, théorie qui s'apparente à la périgenèse de la plastidine d'Höckel et aux théories de Hering.

On le voit, M. Frankhauser s'attache à la recherche des hypothèses sur l'intimité des phénomènes psychiques et à la théorie pure. Son article « sur la Causalité en général et la causalité psychique en particulier » en est la preuve. Il y entre dans les théories de l'énergétique, dont l'étude est un peu négligée en France, car je ne crois pas que le sujet ait été abordé de nouveau depuis la thèse déjà lointaine de notre collègue Ameline, intitulée : *Energie, entropie, pensée*. Mais Frankhauser s'attache surtout ici à discuter les théories de Kant et de Schopenhauer sur la causalité, et, avec Jaspers, il rejette l'hypothèse d'une causalité psychique pure.

Nous rappellerons, en terminant, un ouvrage d'un autre ordre, intitulé : *Principes d'esthétique*.

On le voit, M. Frankhauser s'attache surtout aux études spéculatrices — non exclusivement, car à ses recherches cliniques il ajoute des travaux de thérapeutique (note sur l'action du luminal dans les crises épileptiques) — mais ce sont surtout ces études qui satisfont les tendances du mathématicien, du physicien, apportant dans l'analyse des faits psychiques la rigueur du raisonnement et l'esprit de recherche.

La médecine mentale française peut être assurée que, par lui le vieil asile français de Stephansfeld soutiendra son antique réputation; et, pour saluer l'entrée parmi nous du médecin d'Alsace qui rétablira la tradition trop longtemps interrompue, ce n'est pas un vote qu'il faut, mais vos acclamations.

Conformément à ces conclusions, M. le Dr Frankhauser, médecin-directeur de l'asile de Stephansfeld, est nommé, à l'unanimité et par acclamations, membre correspondant de la Société.

États confusionnels récidivants chez un héréditaire avec amnésie rétrograde, délimitant une période médico-légale,

par MM. LEROY et BROUSSEAU.

Nous présentons à la Société un cas particulièrement complexe, dont l'évolution en deux ans de guerre nécessita quatre expertises.

Tout d'abord, voici les faits :

Le maréchal des logis chef B..., âgé de quarante ans, a devancé l'appel de sa classe; après bien des efforts, il finit par être admis à servir dans un parc automobile, et c'est là que, en 1915, il est surpris avec une maîtresse amenée frauduleusement aux armées. On lui reproche également un détournement de bidons de pétrole. Mis aux arrêts, il s'échappe pour rejoindre cette femme, on lui inflige dix jours d'arrêts de rigueur; la rétrogradation au grade de maréchal des logis est prononcée. Cette mesure entraîne un changement d'unité; B... est envoyé au parc de Bar-le-Duc, et, peu après, arrive un pli le rétablissant dans son ancien grade. Les cachets sont ceux du bureau où il travaillait, les soupçons s'éveillent et B..., accusé d'avoir

écrit lui-même cette lettre, est mis en prison, en prévention de conseil de guerre (fin septembre 1915).

L'instruction traîne trois mois, pendant lesquels on saisit la correspondance de l'inculpé; sa femme, à plusieurs reprises, s'informe des maux de tête dont souffre B...; celui-ci écrit à peu près régulièrement, exprime un découragement en somme assez justifié; puis, brusquement, un peu avant le 1^{er} janvier, rien n'arrive plus à la famille.

Sur demande du lieutenant rapporteur, B... était, le 4 janvier 1916, dirigé sur le service psychiatrique de Saint-Dizier et M. Barbé fut chargé de l'expertise.

Il est immédiatement frappé de l'évolution rapide des symptômes physiques et mentaux.

Le 5 janvier, B... présente un état général médiocre. Il répond difficilement aux questions, fait de visibles efforts pour retrouver ses souvenirs, n'y parvient guère, se fatigue vite et ne reconnaît pas le médecin qu'il a vu encore quelques jours avant (29 décembre). Il se plaint de maux de tête, s'oriente très mal, ne précise rien. Le 9, il est encore sensiblement dans le même état; le 10, il peut dire depuis combien de temps il est à l'hôpital; le 11, il exprime de lui-même la gêne de sa mémoire, la nécessité de chercher ses mots; l'amélioration continue progressivement, si bien que le 27, l'orientation, la mémoire sont sensiblement normales.

Parallèlement, l'activité intellectuelle se réveille et le jugement, l'affectivité ne paraissent pas troublés; B... se met à organiser très énergiquement sa défense contre certaines imputations qu'il affirme injustifiées. Il revendique sa responsabilité entière pour tout ce qui précède le 15 décembre; « autrefois, dit-il, j'ai eu mal à la tête, mais cela n'a aucun rapport ». Cependant, on apprend que, dès août 1915, la céphalée le contraignit à rester quatre jours couché dans son camion; elle s'était installée depuis le mois de juin et ne reparut plus guère avant le 15 décembre.

C'est à cette date précisément que remonte le début des troubles de la mémoire « je ne suis plus bien sûr à partir du 15 décembre, dit-il »; il nie, avec toutes les apparences de la sincérité, une lettre datée du 20 décembre et que lui reproche l'officier rapporteur; « on n'écrit pas des lettres comme celle-là sans s'en souvenir. C'est à partir du lendemain du nouvel an que je me perds ».

L'amnésie complète embrasse toute la période du 2 au 10, jour où, selon son expression, il « se retrouve ». L'expert ne note aucun autre trouble mental; physiquement, il met en évidence une sénilité précoce (gerontoxon bilatéral), peut-être en rapport avec des excès vénériens avoués et un amaigrisse-

ment très notable. Trois ponctions lombaires, si elles soulagent la céphalée, demeurent négatives au point de vue de la paralysie générale. Aucune lésion organique grave des divers appareils. M. Barbé, mettant sur le compte des préoccupations et de la prévention, l'état d'épuisement physique et psychique, note l'apparition récente de cet état et, tout en réservant l'avenir, conclut à la responsabilité. La simulation même fut envisagée (début de janvier 1916).

Conformément à ces conclusions, B..., le 14 février, est amené à la prison de Bar-le-Duc. Il est alors parfaitement lucide. Le lendemain, l'officier rapporteur n'est pas peu surpris de le voir, dans la cour de la prison, pris d'une vive agitation : il crie par instants; ses paroles sont incohérentes; il refuse de s'alimenter et ne reconnaît plus personne. Une seconde expertise est demandée et confiée à M. Leroy. B... est transféré à nouveau à l'hôpital de Saint-Dizier; il y arrive dans un état physique précaire et ses gestes, ses plaintes traduisent une céphalée continue, très pénible, avec douleur rétro-oculaire très accusée. Il est complètement désorienté, répète toujours les mêmes mots « gros bibi, grosse barre, grosse chaîne », l'attention est impossible à fixer, il ne reconnaît pas les infirmiers qui venaient de le soigner. Il roule les yeux, fronce sans cesse les sourcils et pleure fréquemment. Quand, le 13 mars au matin, il demande : « où suis-je ? » reconnaît et nomme quelques objets qu'on lui montre, retrouve à grand effort de mémoire les noms de sa femme, de son enfant, puis il retombe dans l'état ordinaire. Le même jour, à 7 h. 1/2 du soir, M. Leroy est de garde. Il voit tout d'un coup B... se réveiller, s'asseoir, puis regardant ses bras maigris : « Je ne me reconnait plus, que s'est-il donc passé ? » Les questions se pressent. Il est stupéfait d'apprendre qu'il est à Saint-Dizier, que la guerre n'est pas finie, etc... Il faut lui montrer la date sur le journal pour qu'il y croie. Il semble sortir d'un long rêve et ne se souvient pas de son premier passage dans cet hôpital, en janvier. Il écrit aux siens : « Quelle longue nuit, il me semble, vient de finir; je suis comme un enfant qui s'éveille... et voici que je cherche ma mémoire dans ma tête si lourde.... ». Ses derniers souvenirs remontent à l'été 1915 : « Il faisait chaud, j'avais des pantalons blancs, je me trouvais dans un pays où il y avait des moulins à vent. » Absolument rien ne reste des souvenirs pénibles accumulés depuis mai 1915 environ. Il ne reconnaît plus le lieutenant rapporteur qu'il a vu si souvent depuis cinq mois. En même temps, on note une amnésie de fixation tout à fait nette.

Le 22 mars, pour tâcher d'éclaircir ce cas, on décide de confronter M^{me} B... avec son mari. La venue de M^{me} B... permet

avant tout de compléter les renseignements touchant l'hérédité et le passé de l'inculpé.

Un grand-oncle et la grand'mère paternels sont morts à l'asile (l'un à Maréville, l'autre à l'asile Sainte-Anne).

B... fut, dès sa jeunesse, très gêné par une timidité extrême qui stérilisait ses qualités intellectuelles. Il manqua son baccalauréat, s'engagea pour devenir officier, mais après dix ans de service, il contracta une typhoïde, compliquée de phlébite. Il lui en resta des varices qui le déterminèrent à abandonner ses projets militaires. C'est alors qu'il entra comme comptable chez un industriel de Saint-Claude; il finit par se marier là, y gagnant en même temps d'être associé dans une fabrique de pipes dirigée par son beau-frère; le ménage vivait heureux. Sa femme dépeint B... comme un homme bon, mais sans volonté, dont elle faisait tout ce qu'elle voulait; de caractère généralement faible, il manifestait parfois des entêtements irréductibles. En 1911, il commit une grave indécatesse; bien que cela fût contraire au fonctionnement de la maison, il monta à Nice un magasin de vente et en confia la gérance à une fille qu'on le soupçonnait de courtiser; l'entreprise fut très malheureuse, B... n'en sortit qu'avec une perte sensible; il y perdit l'estime de sa nouvelle famille, sa place d'associé et continua comme simple employé de la maison de Saint-Claude, très diminué moralement sous les allusions fréquentes qui ne lui étaient pas épargnées. Un enfant était né, dont la présence semble avoir contribué au maintien de son foyer. Mais accusé à nouveau, à tort ou à raison, d'avoir des relations avec une ancienne bonne, il jura de justifier ces soupçons et c'est avec elle qu'il fut surpris aux armées lors de sa rétrogradation. B... ne présenta jamais ni vertige ni crises convulsives, mais depuis l'âge de vingt-cinq ans il se plaint de maux de tête. L'entrevue est dramatique; M^{me} B... annonce qu'elle a déjà demandé le divorce; sa décision est irrévocable; son mari ne réagit guère d'ailleurs, au dire de sa femme et de sa belle-sœur, il est presque « méconnaissable; ce n'est plus qu'une loque humaine ».

Malgré tout, dans l'esprit de l'expert demeure un doute quant à la sincérité d'une amnésie englobant le premier séjour à l'hôpital et remontant jusqu'à l'été précédent. Au début d'avril, B... est reconduit dans la cellule qu'il occupait en janvier; il avait dessiné sur les murs, écrit de mauvais alexandrins de sa composition. Il demeure parfaitement indifférent dans ce lieu où il a passé près de deux mois; complimenté sur les dessins, il est stupéfait et ne se rend à l'évidence qu'en examinant la signature et certains motifs d'ornementation qui lui sont coutumiers.

L'examen physique ne révèle rien de plus qu'en janvier ; l'examen du fond de l'œil est négatif, écartant la possibilité de tumeur cérébrale : une nouvelle ponction lombaire est également négative ; pendant trois mois on assiste au retour progressif vers l'état normal ; la céphalée s'atténue puis disparaît, le malade mange et dort bien, il engraisse ; jamais on n'a observé ni délire ni impulsions, ni phobies ; B... se rend utile dans le service, échange avec les siens une correspondance fort sensée et des plus habiles pour réparer le désastre conjugal. Sa conduite est devenue tout à fait normale, mais, malgré toutes les tentatives, l'expert n'arrive pas à obtenir un renseignement précis à partir du temps où il fut mis en prison à propos de sa maîtresse.

Déjà les souvenirs des semaines antérieures sont très nuageux, d'une évocation difficile et incomplète ; jamais une réponse nette ; il commence des phrases qu'il ne finit pas, parle à côté de la question ; il donne le sentiment de fournir pour cela un effort pénible, infructueux. B... nie absolument les faits qui lui sont reprochés et proteste énergiquement contre tout internement possible. M. Leroy, se basant sur les constatations de M. Barbé et les siennes propres, écarte la simulation comme incompatible avec les troubles physiques présentés par l'inculpé et porte le diagnostic de confusion mentale, ayant évolué en deux accès, l'un en janvier, l'autre en février 1916.

Mais l'expert se refuse à admettre une amnésie rétrograde d'une durée aussi anormale ; elle précéderait en effet de six mois les premières manifestations morbides et porterait sur la période intercalaire de fin janvier, première quinzaine de février ; il doit donc y avoir exagération ; cependant, en raison des faits pathologiques éclos trois mois après les derniers faits délictueux, il conclut à une responsabilité atténuée.

Ceci se passait le 3 juin 1916 ; B... est ramené en prison, en attendant sa comparution devant le conseil de guerre. Peu après, M. Leroy est chargé d'une nouvelle expertise. Car, en peu de jours, l'inculpé est tombé dans un état de dépression anxieuse très marquée ; il ébauche des idées de persécution contre des inconnus responsables de ses malheurs ; en même temps, l'état physique décline. Ce nouvel incident entraîne la conviction de l'expert ; B... est un grand malade ; il doit être déclaré irresponsable et transféré dans un asile de l'intérieur (juillet 1916).

A Orléans, au début d'août, il est reçu par M. Génil-Perrin ; déjà l'amélioration est considérable : la céphalée diminue, le sommeil revient, la conduite est normale. A Fleury-les-Aubrais en septembre, M. Capgras élimine à son tour les diagnostics de simulation et de paralysie générale, il constate seulement

la persistance de l'amnésie et un certain degré d'affaiblissement intellectuel. B... est réformé n° 2 en novembre 1916.

Le 21 novembre, il écrit à M. Leroy, pour tâcher de retrouver une pièce réclamée par son dépôt : « Avez-vous connaissance d'un non-lieu pour moi alors que j'étais à Saint-Dizier, ou autrement, je ne sais à qui m'adresser, car je ne sais toujours pas bien ni où, ni pourquoi, ni comment je me suis trouvé amené successivement à une réforme pour affaiblissement intellectuel ». Cette phrase marque combien persistante demeure la lacune amnésique tout entière; alors qu'il n'y a plus d'intérêt à simuler ou tout au moins à exagérer, non-lieu et réforme étant prononcés.

Au mois d'août 1917, notre malade s'engage à nouveau et vient dans un escadron du train à l'armée d'Italie. Tout va bien jusqu'à fin décembre; vers le 28, il est sur la route de Véronne à Vicence, dans une auto conduite de façon imprudente; une charrette à âne est renversée avec son conducteur; quelques minutes après la voiture arrive sur une barrière fermée qu'elle enfonce et demeure suspendue au-dessus du ravin. B... épouvanté saute et reçoit un grand choc contre une portière; il n'a ni fractures ni contusions graves; mais, depuis, il lui arrive souvent, vers le soir, sensiblement à la même heure, de faire des accès de peur qu'il prévoyait et pour lesquels il s'isolait. Trois semaines après l'accident, il se rendit coupable d'un trafic de boîtes de conserves revendues avec bénéfices aux gens du pays; une action de conseil de guerre est engagée, B... est incarcéré. Peu de jours après, on observe des troubles dépressifs très graves, faisant craindre le suicide; il est mis en observation dans une ambulance dès le 3 février; on note un état confusionnel profond, coupé de quelques bouffées oniriques où il revit les péripéties de l'accident : « Stoessel... conduit trop vite... il ne faut plus lui confier la voiture... il faut l'empêcher de marcher à pareille vitesse... méfiez-vous de Stoessel... ». Il profère ces paroles d'une voix saccadée, tremblée; le regard fixe, hagard, prend par instant une expression de terreur : il tremble, des sursauts le secouent, puis il retombe dans sa torpeur. La notion d'accidents mentaux antérieurs détermine la demande d'expertise dont fut chargé M. Chavigny.

B... entre, le 28 février 1916, au C. N. P. de Milan. L'état confusionnel persiste, sans délire; dominé par une fatigue extrême, il est incapable d'attention et semble nourrir une tristesse profonde; les quelques mots qu'il prononce évoquent l'accident d'automobile. L'état physique est très médiocre, la langue très saburrale permet de supposer qu'aux causes profondes s'ajoute un état toxique. Le 11 février, on prescrit 1 gramme de calomel; à 9 heures du soir, brusquement B...

s'éveille et commence à parler. Comme M. Leroy à Saint-Dizier, M. Chavigny est assez heureux pour assister à la transition rapide de l'état confusionnel à une perception relativement normale des choses. Comme en 1916, le progrès s'affirme chaque jour et lorsque le malade sort le 17 avril, il n'est plus que légèrement déprimé, presque normal, sauf cette amnésie englobant précisément la période qu'avaient délimité MM. Leroy et Capgras et à laquelle sont venus s'ajouter certain flou de la mémoire, pour le temps qui s'écoule entre la peur du 28 décembre et le début de l'accès confusionnel et une absence totale des souvenirs portant sur la période confusionnelle du 3 au 11 février. Nous n'avons pu mettre en évidence aucun autre trouble mental. La réforme définitive fut demandée et obtenue en juin 1918.

En définitive, nous avons suivi, chez un déséquilibré manifeste d'hérédité chargée, une série de réactions uniformes à des émotions dépressives. L'emprisonnement, la menace de la loi militaire, entraînent trois accès confusionnels ; la peur en détermine un quatrième.

De cette longue observation, nous voudrions surtout mettre en valeur deux catégories de faits : d'une part, les troubles de la mémoire ; d'autre part, les incidents médico-légaux.

A. Troubles de la mémoire. — Le premier accès confusionnel comporte une semaine d'amnésie totale précédée de deux semaines d'un état crépusculaire dont le début coïncide avec l'apparition de la céphalée. A fin janvier 1916, B..., revenu progressivement à l'état normal, revendique la responsabilité de ses actes antérieurs au 15 décembre 1915. Il n'ignore rien de ce qui lui est imputé, et se borne à nier le faux en écritures privées.

Mais le deuxième accès, dont la période d'état s'étend du 15 février au 15 mars 1916, laisse une lacune amnésique totale, englobant toute la période comprise entre mai 1915 et le 13 mars 1916. Cette amnésie rétrograde porte donc sur des faits antérieurs de quatre mois au moins aux délits reprochés et environ de sept mois à l'écllosion du premier accès confusionnel ; de plus, elle absorbe tous les souvenirs de la période intercalaire qui va de la mi-janvier à la mi-février 1916.

Le quatrième accès confusionnel est lui aussi précédé

d'une période crépusculaire de un mois, immédiatement consécutive à la peur subie lors de l'accident d'automobile.

Mais les troisième et quatrième accès n'ajoutent rien à l'extension de l'amnésie rétrograde post-confusionnelle, laissée par le deuxième accès. Ses limites ne varient plus pendant les deux années où le malade fut soumis aux investigations de psychiatres différents.

B. *Incidents médico-légaux.* — La délimitation des lacunes amnésiques nous amène à la constatation d'un fait singulier : le temps qu'elles englobent est précisément celui où sont commis les délits militaires. Les troubles de la mémoire s'annoncent fin mai, la céphalée réapparaît en juin, devient violente en août. B... fait venir sa maîtresse aux armées ; mis aux arrêts de rigueur, il s'évade malgré la sentinelle ; rétrogradé, il commet un faux absurde. La période crépusculaire pré-confusionnelle commence le 15 décembre 1915 ; le 20, il écrit une lettre anonyme qui constitue contre lui une nouvelle charge.

Réformé après non-lieu, il s'engage à nouveau, mais en Italie, le 28 décembre 1917, il éprouve une peur intense ; les rappels émotionnels qu'il présente les jours suivants marquent combien il est touché ; c'est alors qu'il commet le trafic de boîtes de conserves ; on l'arrête le 20, douze jours après il est en plein état confusionnel.

Il n'est donc pas illégitime d'envisager l'existence d'une période médico-légale pré-confusionnelle ; l'analyse de ce cas vient à l'appui des arguments développés par M. Chavigny à la séance du 26 mai dernier. Nous avons retrouvé, précédant la période délictueuse, un trouble de la fixation des souvenirs, tel que l'envisageait M. Piéron en cette même séance. La céphalée sensiblement contemporaine du trouble amnésique, le fait médico-légal ultérieur, suivi d'un état confusionnel classique, forment une série bien liée, dont la notion peut éclairer souvent la marche des instructions judiciaires.

En dernier lieu, nous tenons à signaler ici l'influence de la peur, émotion dépressive, sur cette mentalité fragilisée ; grâce aux tares héréditaires et acquises préparant le terrain, elle suffit pour amorcer une désagrégation partielle et déclancher l'accès confusionnel, réaction

univoque de cet organisme aux différentes émotions dépressives. C'est là un point qui sera repris et développé par l'un de nous dans un travail ultérieur « Sur la peur aux Armées ».

DISCUSSION

M. RAOUL LEROY. — Cette expertise médico-légale m'a beaucoup embarrassé et la communication de M. Chavigny sur les amnésies rétro-antérogades dans la confusion mentale m'a à ce point de vue vivement intéressé. Ce qui est extrêmement curieux, c'est le temps auquel remonte l'amnésie ; alors que les faits délictueux datent de mai 1915 le sujet est arrêté en septembre 1915, et, examiné à cette date avec beaucoup de soin, il présente de la confusion évidente. Les faits reprochés ne sont pas très graves : vols de bidons de pétrole, de boîtes de sardines, vols d'autant plus surprenants que l'inculpé est un fabricant de pipes gagnant par an de 15.000 à 20.000 francs.

M. BRIAND. — Ce malade ne présentait-il aucun symptôme comitial ?

M. RAOUL LEROY. — Non, il ne présentait aucun symptôme comitial. J'ajoute que ce malade a été examiné par plusieurs de nos collègues, en particulier par MM. Chavigny, Capgras, Genil-Perrin, et que, par tous, il a été considéré comme un malade.

Deux mythomanes en conseil de guerre,

Par M. GENIL-PERRIN.

Nous présentons l'histoire résumée de deux mythomanes que leur seule mythomanie a conduits en conseil de guerre, mythomanie reposant, chez le premier, sur un terrain de débilité mentale, chez le second, sur un fond de déséquilibre avec perversions instinctives.

L'intérêt de ces faits est à la fois médico-légal et clinique :

Clinique parce que nous y verrons juxtaposées les deux variétés de mythomanie, active et passive ; mé-

dico-légal parce qu'il a fallu les conditions sociales et pénales particulières réalisées par l'état de guerre pour que ces déviations psychopathologiques aient pu provoquer des informations judiciaires.

RAPPORT I (*Résumé*).

L..., trente-cinq ans, est inculpé d'escroquerie à la suite des faits suivants :

Réformé, travaillant comme manoeuvre, rapportant régulièrement sa paye à sa mère, un samedi soir, au lieu de rentrer chez lui, il va à la gare de l'Est, prend un billet, part et débarque dans une localité des Vosges où il travaille pendant huit jours chez une dame. Celle-ci ne peut le garder plus longtemps parce qu'il n'a pas de carte d'alimentation.

L... repart par un train de militaires rapatriés d'Allemagne, arrive avec ceux-ci au centre de Satory, et raconte qu'il est lui-même militaire, prisonnier rapatrié.

Dirigé sur le fort de Satory, il y touche des vêtements militaires, une permission de trente jours et une somme de 82 fr. 50.

Il fait viser sa permission à la Place et va se faire héberger à l'œuvre des « Parrains de Reuilly ». Un jour, il rencontre une amie de sa mère, à qui il raconte qu'il doit rejoindre le 26^e B. C. P. à Vincennes à l'expiration de sa permission.

Sa mère, le sachant réformé, s'étonne d'apprendre qu'il est de nouveau soldat, va prendre des renseignements et informe l'autorité militaire, qui coupe court à ce roman mythopathique en inculpant d'escroquerie le pseudo-rapatrié.

L... explique ainsi sa conduite : « Je ne sais pas pourquoi je suis parti. Je paierais cher pour avoir une autre tête. Je gagnais bien ma vie, je rapportais toute ma paye à ma mère ; j'étais tranquille et bien considéré.

« Si je me suis cru militaire, c'est à force d'avoir entendu, dans le train, raconter des histoires de prisonniers. Je me suis persuadé que j'étais moi-même un de ces prisonniers. J'étais tellement convaincu que j'étais soldat, que je n'ai pas hésité à aller à la Place pour faire viser une permission. Je m'attendais à partir pour le 26^e B. C. P. à Vincennes. »

L... est par ailleurs atteint d'un certain degré de débilité mentale. Dans son enfance, il a commis plusieurs fugues et il a déjà à son actif une aventure mythopathique singulière : A seize ans, au cours d'une fugue, trouvé en état de vagabondage, il raconte qu'il n'a ni père ni mère, et se laisse, de ce chef, placer à l'Assistance publique. Au bout de quelques mois, il fait tenir de ses nouvelles à sa mère, qui le réclame.

En 1906, à la suite d'une fugue, il a été interné à Villejuif

et s'en est évadé au bout de quelques mois. Pendant la guerre, il a servi dans l'infanterie, a été commotionné deux fois, et a été réformé pour débilité mentale en novembre 1918.

Voilà donc un individu que son mensonge a conduit en conseil de guerre. Il ne s'agit évidemment pas d'une escroquerie intéressée. L... avait plus d'avantages à faire tranquillement son métier qu'à se replacer sous la coupe de l'autorité militaire pour gagner la prime de 82 fr. 50. C'est un fait de mythomanie d'abord passive, ensuite active. Comme il est fréquent chez les mythomanes, d'après les très justes observations du professeur Dupré, L... a témoigné d'une crédulité exagérée, s'est incorporé au milieu avec lequel il a voyagé au point de se persuader qu'il revenait de captivité, et, à partir de ce moment, il a agi en conséquence, inventant une fable suffisamment vraisemblable pour se faire considérer et traiter comme rapatrié.

Dans notre seconde observation, l'élément mythopathe est beaucoup plus riche.

RAPPORT II (*Résumé*).

H..., trente-six ans, arrive à Annemasse en octobre 1918, arrivant de Suisse, se disant évadé d'Allemagne. Il fait un récit dont l'allure fantaisiste éveille les soupçons et laisse penser qu'il est rentré en France avec la complicité des Allemands, dans un but d'espionnage. Il est de ce chef inculpé d'intelligence avec l'ennemi, ses antécédents étant par ailleurs fort mauvais et plaidant contre lui.

Exposons successivement la réalité et la fiction.

A. *La réalité*. — H... est un grand pervers instinctif, qui a toujours mené une existence en marge de la société. Fils d'un Allemand naturalisé (ancien soldat de la Légion, installé tailleur dans la banlieue), H... se livre dans son enfance au vagabondage, se soustrait à la tutelle du patronage Matter, va en Angleterre, en Belgique, subit plusieurs condamnations pour vol, est incorporé aux bataillons d'Afrique, y accumule punitions et condamnations.

Libéré, il part pour Metz, y fabrique de la fausse monnaie, simule la folie, est envoyé à l'asile d'aliénés de Sarreguemines, bénéficie d'un non-lieu, se rend à Saarbrück, à Mannheim, à Heidelberg, revient à Paris, est réexpédié à Metz par le patronage Matter, est plusieurs fois condamné pour contrebande, part pour Luxembourg, y est condamné pour coups et bles-

sures, séjourne successivement à Trèves, à Coblenz et à Bonn, s'y fait condamner pour vol de bicyclette, fait trois ans de prison à Elberfeld, est condamné ensuite pour fausse monnaie.

En prison, il s'accuse faussement d'un vol de montre pour se faire conduire à Cologne pour s'évader en cours de route. A Cologne, il simule sans succès la folie, puis s'accuse faussement d'un vol de bicyclette pour se faire conduire à Düsseldorf, où il est condamné.

La mobilisation l'y surprend, il est dirigé sur Werden, s'évade, est repris, reçoit trente coups de bâton sur les fesses, est dirigé sur la Suisse comme malade, mais est arrêté à Mannheim victime d'un mensonge, car pour se faire bien voir des autres prisonniers, il avait raconté qu'il avait été condamné pour espionnage au service de la France.

Evadé et repris, il simule l'épilepsie; est mis en observation à l'asile d'aliénés d'Illenau.

Envoyé dans un camp de représailles, il s'y fait passer pour ingénieur afin d'être mis dans une baraque de notables. Evadé, repris et puni de cachot, il organise une mise en scène pour se faire passer pour capitaine du génie, afin de jouir d'un traitement meilleur. Confondu, il est mis dans une baraque d'apaches, à toutes sortes de démêlés avec les Allemands, et réussit à s'évader en se faisant passer pour un prisonnier italien nommé Ferri qui travaillait en ville.

Il se rend à Leipzig, puis à Berlin, où, à l'ambassade de Suisse, il réussit à se faire reconnaître pour un sujet suisse nommé R..., qu'il avait connu. Il reçoit un passeport à ce nom, ce qui lui permet d'aller travailler tranquillement à Leipzig dans une usine de munitions.

Il y fait la connaissance d'une jeune Polonaise allemande, Lina L..., Gretchen débile, naïve et sentimentale, qui va désormais être mêlée à sa vie.

Il va à Munich avec elle, lui fait promesse de mariage devant le consul de Suisse, et le couple reçoit des passeports pour aller à Zurich.

H... se présente au consulat de France, puis, devant les pleurs de Lina, ne peut se décider à l'abandonner, et reste à Zurich.

Au bout d'un mois, le pasteur Cuendet lui ayant fait la morale, il retourne au consulat, puis à l'ambassade de Berne où il raconte une fable pour obtenir l'autorisation de faire passer Lina en France. On lui promet de l'y faire entrer comme Polonaise, mais on oblige H... à prendre les devants. Il s'embarque donc pour Annemasse, emportant le bagage et les économies de Lina.

B. *La fiction*. — Nous avons déjà signalé au passage nombre

de réactions mythomaniques. C'est à coup de mensonges que H... cherchait à se sortir des situations difficiles, en simulant la folie, en donnant le change sur sa situation sociale, en usurpant de faux états civils. Il a d'ailleurs réussi, puisqu'il s'est fait authentifier pour le Suisse R... par l'ambassade de Suisse à Berlin, ce qui lui a permis de passer à Zurich.

Mais là, il ne peut se résoudre à se séparer de Lina, et il se livre, pour pouvoir la faire autoriser à venir en France, à une débauche de mensonges, évidemment intéressés, mais qui ne peuvent se soutenir que par une mythomanie foncière, reposant sur une exaltation des facultés imaginatives, qui apparaîtra par ailleurs nettement dans les essais littéraires dont nous parlerons plus loin.

Par les mensonges, il cherche donc à attirer la sympathie des autorités françaises sur lui et sur Lina.

Il se représente comme un ennemi juré des Allemands, il multiplie et dramatise ses récits d'évasion, accumulant les détails au delà du nécessaire et jusqu'à l'invraisemblance. Il raconte par exemple qu'il s'est évadé de Cassel en se précipitant dans la Fulda de la lucarne d'un premier. Il se serait ensuite laissé porter par le courant pendant plusieurs kilomètres, aurait gagné la berge, se serait précipité sur un cycliste pour lui dérober ses vêtements et sa bicyclette.

Une autre fois, il aurait creusé un souterrain avec des camarades, mais le plan aurait été trahi par un faux frère.

Pour se justifier d'avoir travaillé dans des usines de munitions, il raconte qu'il faisait du sabotage perlé, qu'il s'est mutilé volontairement pour se faire exempter de travail, etc.

Pour gagner la sympathie française à Lina, voici enfin le rôle qu'il lui prête :

Lina devient la domestique du gardien-chef du camp de Cassel. C'est elle qui lui procure un costume de garçon boucher, qui le fait sortir du camp et l'envoie chez sa tante, Emilie L..., à Constance (tante qui n'existe pas). Emilie L... vivait à Constance de la contrebande du savon et du chocolat avec la Suisse. H... reste chez elle, 22, Schillerstrasse, caché dans la journée, sortant le soir; elle l'héberge gratuitement et il devient son amant. Je passe tout le luxe de détails dont H... enrichit sa fable.

Un jour, Lina annonce par dépêche son passage en Suisse. Emilie L..., la contrebandière, fait alors passer la frontière à H... à travers les champs et les marécages, et notre héros arrive à Zurich où il retrouve Lina.

Cette fable produit l'effet voulu sur le consul de Zurich, sur le pasteur Cuendet, sur l'attaché militaire de Berne. Or

s'intéresse à Lina et on promet de la faire entrer en France comme Polonaise.

H..., enchanté du succès de son petit roman, arrive donc à Annemasse et le réédite. Mais il charge tellement qu'on se méfie, et c'est en cela qu'il se montre nythomane plus que simple menteur. A chaque nouvel interrogatoire, il brode de nouvelles fioritures; on relève dans ses recits successifs des contradictions et des invraisemblances; on s'aperçoit qu'il est titulaire d'un nombre considérable de condamnations. Comme il se trouve, par ailleurs, être le fils d'un Allemand naturalisé, on pense qu'il a été renvoyé en France par les Allemands pour y faire de l'espionnage avec la complicité de Lina; on saisit le 2^e bureau de l'état-major général, on transfère H... à Paris, comme espion de haut vol et on confie l'instruction de son affaire au 3^e conseil de guerre.

H... remet alors les choses au point, rétracte ses mensonges, mais pour en commettre d'autres: Il essaie, par exemple, de se faire offrir un voyage à Annecy en écrivant au chef de la sûreté qu'il a été témoin, dans cette ville, d'une affaire de meurtre et de vol, qu'il a vu jeter le cadavre dans un grand trou, à une cinquantaine de mètres de la maison de prostitution, etc.

Une autre fois, il écrit au rapporteur qu'il a des révélations à faire sur le rôle d'un de ses camarades de cellule dans une affaire instruite par le 2^e conseil de guerre et réussit à faire de ce chef un voyage au Palais de Justice.

Nous achèverons de démontrer que la mythomanie de H... dépasse les bornes du mensonge intéressé en mettant en lumière chez le sujet une autre manifestation de son exaltation imaginative.

H..., garçon d'une intelligence très vive, a mis à profit ses longs séjours dans les prisons françaises, belges, luxembourgeoises et allemandes pour lire et se cultiver — d'autant plus que cela lui attirait en général les faveurs des aumôniers. Il s'est aussi amusé à écrire, tant en français qu'en allemand, et le propre de ses essais littéraires est de porter les marques de son éréthisme imaginatif.

Nous passerons sous silence un cahier de poésies allemandes, d'un sentimentalisme assez convenablement exprimé. Nous mentionnerons simplement un « journal » en allemand écrit pour sa chère Lina, « afin qu'elle voie qu'il ne l'oublie point et dans lequel il ne peut se retenir de mêler à la réalité des broderies imaginatives; nous nous arrêterons plus longuement sur les proses françaises.

Les *Humoresques* comprennent trois nouvelles, qui traduisent de façon assez curieuse les tendances psychologiques que nous

avons vu en action dans les aventures personnelles d'H... Dans les deux premières nouvelles, c'est un hâbleur qui est mis en scène et que l'auteur tourne en ridicule, faisant ainsi sa propre satire. C'est encore la mythomanie qui fait, dans une certaine mesure, les frais de la troisième, sous la forme spéciale de l'amplification.

Nous avons enfin trouvé dans le dossier un cahier contenant la seconde partie d'un récit qui dépasse en imagination horripilante les plus sombres horreurs du Grand Guignol, et où le processus imaginatif entre en jeu au mépris de toute vraisemblance et de tout sens du ridicule, dans l'invention de situations extraordinaires et de détails fantastiques.

Voilà donc deux observations de mythomanes que leur mythomanie a conduits en conseil de guerre. Chez L..., cette mythomanie repose sur un fond de débilité et a abouti à la réalisation d'un véritable délit d'escroquerie, puisque le sujet a indûment touché 82 fr. 50. Chez H..., elle est en rapport avec un état de déséquilibre mental avec perversions instinctives, et elle a abouti à l'inculpation du sujet sur des présomptions reconnues par la suite non fondées.

L... a été déclaré par nous irresponsable, en raison de son état marqué de débilité qui avait entraîné un internement et une réforme antérieure. H... a bénéficié d'un non-lieu par suite de l'évanouissement des charges.

L'expertise psychiatrique a eu des résultats particulièrement intéressants dans le dernier cas, car elle a rattaché à un ordre connu de faits psychologiques les mensonges subintrants de H... qui avaient plongé dans la plus profonde perplexité la police de la frontière, la Commission d'enquête du 2^e bureau et le parquet du 3^e conseil de guerre. Éclairée par les données psychiatriques, l'instruction s'est orientée dans la bonne direction et a reconnu que les fables de l'inculpé ne dissimulaient pas des machinations antinationales. L'enquête, conduite par l'ambassade de Berne, démontrait par ailleurs que la complice de H..., Lina L..., n'était qu'une débile, incapable d'intelligences avec qui que ce soit.

Nous n'avons pas de conclusions générales à tirer de ces deux cas un peu particuliers de pratique médico-légale de guerre.

Elles offrent, par ailleurs, un certain intérêt au

point de vue de la psychologie clinique de la mythomanie. Dans la première, il s'agit d'un exemple typique de mythomanie passive, selon la conception de M. Dupré qui a mis en évidence l'étroite parenté de l'aptitude à duper les autres et de celle à être dupé soi-même, de la mythomanie d'émission et de la mythomanie de réception, de la hâblerie et de la crédulité morbides.

La seconde observation vaut surtout par la richesse des manifestations de l'exaltation imaginative à la fois dans le domaine de l'activité utilitaire et dans celui de l'activité de jeu.

DISCUSSION

M. MIGNARD. — Il me semble que l'on ne peut pas ne pas être frappé de la différence qui existe entre ces deux mythomanes : l'un actif et l'autre passif. De plus, le premier est aux confins du délire, sinon même délirant, car il a une véritable conviction que l'on pourrait appeler délirante. Il me semble que l'on peut distinguer à côté de la mythomanie et du délire d'imagination, des délires par conviction simple chez des débilés.

M. GENIL-PERRIN. — C'est plutôt de la crédulité pathologique. La conviction n'a pas duré longtemps. Ce sujet avait déjà présenté un épisode antérieur à l'âge de seize ans. C'est un cas limite entre l'erreur simple et le délire.

M. RAOUL LEROY. — (Lecture d'un document concernant un cas analogue.)

M. COLIN. — Je ne suis pas absolument convaincu du caractère pathologique du deuxième malade de M. Genil-Perrin. Non seulement il a commis de multiples délits, et des délits caractérisés, mais les bataillons d'Afrique, les prisons renferment des quantités de menteurs analogues. Tous ceux qui les ont observés ont eu à leur disposition des écrits fantaisistes des « histoires de ma vie », que les intéressés s'empressaient de leur confier. Les considérer comme des malades c'est, à mon avis, aller un peu loin.

M. GENIL-PERRIN. — C'est une question de degré. Il s'agit d'un pervers instructif, mais, cette fois, inculqué d'intelligences avec l'ennemi alors qu'il était blanc comme neige.

M. DELMAS. — Je suis un peu surpris de voir qu'on n'insiste pas davantage sur les rapports de la mythomanie et des états maniaques. Ces rapports me paraissent d'une fréquence et d'une importance extrêmes. J'ai en l'occasion, particulièrement dans la médecine légale de guerre, d'observer de très nombreux cas où ces rapports étaient manifestes.

D'une part on voit la mythomanie apparaître chez des sujets au cours et à l'occasion des accès de manie auxquels ils sont prédisposés. Dans ces cas l'exaltation psychique propre à l'état maniaque porte de façon plus ou moins élective sur l'exaltation des tendances mythomaniques, alors que ces tendances restent en dehors des accès de manie, plus ou moins latentes ou légères. Dans ces cas, les manifestations fabulantes apparaissent nettement comme un mode réactionnel propre à certains maniaques et le diagnostic de leur nature pathologique est alors évident et facile.

D'autre part, on peut voir ces manifestations fabulantes se produire non d'une façon intermittente, mais au contraire d'une façon à peu près continue. Or, si on recherche avec soin quel est l'équilibre du sujet au point de vue de son activité et de son humeur, on reconnaît qu'il appartient à cette forme de déséquilibre dégénératif décrite sous le nom d'excitation constitutionnelle et qui n'est qu'une forme d'hypomanie chronique. Là encore les manifestations mythomaniques apparaissent comme secondaires à l'état hypomaniaque, d'autant plus qu'elles sont exactement proportionnelles, pourrait-on dire, dans leur fréquence et leur degré, aux variations de l'état hypomaniaque primitif. Bien que le diagnostic de leur nature pathologique soit ici un peu moins évident, il nous paraît cependant certain.

A ces deux formes un peu spéciales de la mythomanie, il suffit d'ajouter les cas de déséquilibre mythomaniacal purs ou non associés, que la clinique nous présente aussi très fréquemment, pour délimiter à peu près le cadre de la mythomanie.

Restent, bien entendu, en dehors de ce cadre tous les cas de mensonge ordinaire et vulgaires, auxquels faisait allusion tout à l'heure M. Colin. Mais quelque nombreux et banals que soient ceux-ci, ils ne peuvent

empêcher de reconnaître les formes nettement pathologiques du mensonge.

Pour en revenir au cas curieux que M. Genil-Perrin nous a rapporté je ne pouvais m'empêcher de penser en écoutant son exposé si pittoresque que son sujet ressemblait étrangement aux cas d'hypomanie fabuleuse que j'ai observés et je me demande si son malade, avant d'être un mythomane, n'est pas d'abord et surtout un excité constitutionnel.

M. VAILLON. — Je n'ai jamais vu de déprimé mythomane : ce sont toujours des excités, plus ou moins. La mythomanie est presque fonction de l'excitation intellectuelle.

M. DELMAS. — J'ai voulu indiquer les rapports qui unissent certains cas de mythomanie à des états d'excitation, non seulement en raison de la fréquence de ces cas mais encore en raison de l'interprétation qu'il convient d'en donner. M. Vallon, allant plus loin, tend à considérer que les mythomanes sont toujours des excités. C'est une confirmation qui dépasse notre propre pensée. Pour nous, la mythomanie est souvent associée et secondaire aux états de manie ou d'excitation constitutionnelle, mais elle existe incontestablement en dehors de ces états.

La séance est levée à 6 heures.

Les secrétaires des séances,

P. JUQUELIER et RENÉ CHARPENTIER.

SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE 1919

Présidence de M. Dupain, président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance de novembre.

MM. Bussart, Ducosté, G. Dumas, Gilles, Mignard et Revault d'Aillonnes, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Tamburini, fils du professeur, membre associé étranger, récemment décédé, qui remercie la Société des sentiments de condoléance qui lui ont été exprimés à l'occasion de la mort de son père.

Des lettres de MM. Benou, Frankhauser et Halberstadt, qui remercient la Société de les avoir nommés membres correspondants.

Des lettres de MM. Barbé, Menriot et Revault d'Allonnes, qui posent leur candidature aux places vacantes de membre titulaire.

Le secrétaire général rappelle que MM. Bussard et Page ont antérieurement posé leur candidature.

Il y a donc cinq candidats pour deux places.

Sur la proposition du Bureau, la Société charge de l'examen de ces candidatures une Commission composée de MM. Delmas, Deny, Mignot, Roubinovitch et Vurpas.

Une lettre du ministre de l'Instruction publique priant le président de la Société de lui fournir les éléments d'une réponse à une question par le général Hallier, commandant les troupes françaises d'occupation à Vienne; M. le Dr Pilez (de Vienne) a demandé au général de lui faire savoir s'il fait toujours partie de la Société médico-psychologique.

M. VALLON : La même question a été posée à la Société de Psychiatrie, dont je suis actuellement président. J'ai répondu en indiquant la date de la décision de la Société radiant tous les membres étrangers appartenant aux puissances ennemies. J'estime qu'il y a lieu de procéder de la même manière.

Il en est ainsi décidé.

M. DUPAIN, président, fait part à la Société du décès de M. Levassort, médecin en chef de l'asile de Caen; membre correspondant. Une lettre exprimant les sentiments de condoléance de la Société sera adressée à la famille de M. Levassort par les soins du secrétaire général.

Élection du bureau pour 1920.

M. le D^r TRÉNEL, vice-président, devenant de droit président pour 1920, M. le D^r PACTET est élu vice-président à l'unanimité des suffrages exprimés.

M. RAYMOND MALLET est élu trésorier en remplacement de M. PACTET, élu vice-président.

M. le D^r RITTI reste secrétaire général.

MM. JUQUELIER et RENÉ CHARPENTIER sont maintenus comme secrétaires des séances.

Rapport de candidature.

M. RENÉ CHARPENTIER. — Messieurs, au nom d'une Commission désignée par vous lors de la séance de novembre, et composée de MM. Vallon, Colin et René Charpentier, rapporteur, je viens vous exposer les titres de M. Genil-Perrin, qui demande à faire partie de la Société médico psychologique en qualité de membre correspondant.

Docteur en médecine depuis 1913, M. Genil-Perrin fut interne provisoire des hôpitaux de Paris, et, avec le n° 1, interne des asiles d'aliénés de la Seine. Nommé, en 1913, chef de clinique adjoint des maladies mentales à la Faculté de Paris, il fut choisi comme chef de clinique titulaire à la suite du concours de 1914. Il est médecin-légiste diplômé de l'Université de Paris, et, depuis 1913, médecin adjoint des asiles publics d'aliénés.

M. Genil-Perrin est, de plus, licencié ès lettres (philosophie) de la Faculté de Grenoble, et diplômé d'études supérieures de philosophie.

Titulaire de la croix de guerre, il rendit, au cours de la campagne, des services très appréciés. Depuis le mois de mai 1916, il fut désigné comme médecin traitant de divers centres de psychiatrie, et comme expert près les conseils de guerre aux Armées, en France, en Italie, et près les conseils de guerre de la 5^e région et du gouvernement militaire de Paris.

Ses travaux sont bien connus de vous, et l'un d'eux a été l'objet d'une mention très honorable pour le prix

Esquirol en 1913 ; un autre avait déjà obtenu, en 1911, le prix Semelaigne.

Sa thèse de doctorat sur l'*Histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence, en médecine mentale*, thèse à laquelle la Faculté de Médecine décerna une médaille d'argent, est une remarquable étude de cette importante question.

Il serait trop long, et d'ailleurs superflu, de donner ici la liste des travaux de M. Genil-Perrin. Tout en regrettant de ne pouvoir vous exposer plus longuement certains d'entre eux, il me suffira de vous rappeler les principaux.

En collaboration avec M. Rognes de Fursac, il a publié une intéressante observation de délire d'imagination chez un paralytique général et une statistique des antécédents héréditaires des paralytiques généraux. D'autres publications : sur un cas d'obsession génitale, sur un cas de délire de préjudice présénile, sur le délire spirite, la confusion mentale, la démence sénile délirante atypique, le délire d'interprétation, la psychose périodique, la mélancolie anxieuse post-grippale, montrent l'intérêt qu'il apporta à l'étude des problèmes de la clinique psychiatrique. Il faut faire une mention spéciale de l'étude qu'il consacra, en collaboration avec notre maître commun, le regretté professeur Gilbert Ballet, à l'examen du fond mental chez les déments, et de l'observation publiée avec M. Raymond Mallet à propos d'un cas particulièrement propre à l'étude des rapports que présentent les hallucinations avec l'état de désagrégation de la personnalité.

Membre de la Société d'Histoire de la Médecine, M. Genil-Perrin a consacré de nombreux travaux à l'histoire de la psychiatrie : l'historique de l'idée de dégénérescence, l'œuvre de Morel, de Cabanis, de Zachias, de Silvaticus, ces deux derniers travaux de psychiatrie médico-légale en collaboration avec M. Vallon, l'œuvre de Lombroso, furent l'objet de sa critique.

En vue de l'obtention du diplôme d'études supérieures de philosophie, M. Genil-Perrin a soutenu devant la Faculté des Lettres de Paris un remarquable Mémoire sur les formes morbides de l'imitation. Acceptant les théories récentes qui ramènent l'acte imitatif à un réflexe,

l'auteur montre que, lorsque la tendance à l'imitation n'est pas limitée par les facultés de contrôle, sous l'influence d'une insuffisance congénitale ou de la maladie, elle tend à se manifester automatiquement sous des formes diverses, parmi lesquelles l'écholalie et l'échopraxie des idiots ou des tiqueurs, par exemple.

De cette étude de psychologie pathologique, que suivirent deux communications sur le même sujet, peuvent être rapprochées quelques publications sur l'altruisme morbide. L'une d'elles est un important mémoire manuscrit de 350 pages, adressé, en collaboration avec M. Vallon, à l'Académie des Sciences et Belles-Lettres de Montpellier, pour le concours du prix Jaumes de 1912, et auquel cette Compagnie décerna une mention très honorable.

Enfin, des travaux de criminologie et de médecine légale terminent cette liste déjà longue et pourtant incomplète; l'exposé d'un crime altruiste, de faits d'automutilation, un article en collaboration avec M. Vallon sur l'aliénation mentale et le divorce, doivent être rappelés, ainsi que des communications apportées tout récemment devant vous sur la paranoïa et la mythomanie devant les conseils de guerre.

Je regrette qu'une énumération aussi rapide ne m'ait pas permis de mettre davantage en lumière les mérites de ces travaux dont vous apprécierez l'intérêt et la diversité.

Votre Commission, Messieurs, à l'unanimité, vous propose de nommer M. le D^r Genil-Perrin au nombre de vos membres correspondants.

M. GENIL-PERRIN est élu membre correspondant à la majorité des suffrages exprimés.

De l'emploi du luminal dans l'épilepsie.

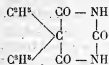
Présentation de malade,

Par le D^r RAFFEGEAU (du Vésinet).

Avant la guerre, de même qu'aujourd'hui, un des médicaments le plus employés pour combattre l'insomnie chez les personnes atteintes de maladies nerveuses était

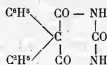
le *véronal*, mais on commençait à vanter, comme étant encore plus efficace, un autre *uréide*, dont la formule chimique se rapproche du *véronal*, je veux parler du *luminal*.

Le *luminal* diffère, en effet, du *véronal* en ce qu'il contient un groupe *phényle* à la place d'un des groupes *éthyle* :



Véronal.

(Diéthylmalonylurée.)



Luminal.

(Phényléthylmalonylurée.)

Or, au mois de juin 1914, nous eûmes à soigner (Obs. I), au sanatorium du Vésinet, une jeune fille d'origine brésilienne, atteinte d'hystéro-épilepsie. Les crises étaient assez fréquentes et la malade passait de fort mauvaises nuits. L'idée nous vint donc, au D^r Mignon et à moi, après avoir essayé différents hypnotiques qui avaient plus ou moins bien réussi, d'employer le *luminal* chez M^{lle} de C... Dès la première nuit, avec une dose de 0 gr. 10, nous eûmes un résultat assez favorable, et il en fut de même les nuits suivantes. Mais en même temps, nous remarquâmes que la jeune fille n'était plus aussi nerveuse et qu'elle n'avait plus de crises.

Obs. II. — Sur ces entrefaites, arriva à l'Etablissement une dame de quarante-cinq ans environ, et atteinte également de crises épileptiformes; au bout de quelques jours d'observation, et après avoir essayé inutilement de différentes médications, nous eûmes recours au *luminal*, et, de nouveau, ce médicament amena du calme, du sommeil et la cessation des crises.

Obs. III. — Quelques jours après, je fus consulté pour une jeune fille du Vésinet, âgée de vingt ans, et atteinte d'épilepsie franche : deux ou trois crises par jour, caractérisées par un cri initial, chute avec écume à la bouche et morsure de la langue, convulsions toniques et cloniques, émission d'urine, etc. Au réveil, grande lassitude. Le *luminal* me parut ici également indiqué, et je le donnai à la dose de 0 gr. 15 le matin et de 0 gr. 05 le soir. Les crises furent immédiatement supprimées et l'intelligence devint peu à peu plus lucide, mais la malade, qui était irritable, continua à se montrer d'un caractère difficile.

Obs. IV. — Cette cure m'amena ensuite plusieurs autres jeunes filles de la région, dont les crises disparurent par l'emploi du *luminal*. L'une d'elles, M^{lle} M..., était une comitiale invétérée, et ses parents n'osaient pas la laisser sortir seule, ce qu'elle fit quelque temps après sans difficulté.

NOTA. — Le traitement de M^{lle} M... fut commencé en 1915, à la dose de 0 gr. 10, matin et soir; mais bientôt, le luminal, qu'il était très difficile de se procurer par la Suisse, vint à manquer, et la mère de la malade fut obligée, sur mon conseil, de diviser les comprimés de 0 gr. 30, d'abord en quatre, puis en huit et même en douze morceaux. La jeune fille continua à ne plus avoir de crises, et, à la date du 20 décembre 1919, aucune crise n'est encore survenue, ce qui montre qu'au bout d'un certain temps, la dose de luminal peut être diminuée.

OBS. V. — Par ordre chronologique, j'eus à soigner ensuite un jeune homme de la Loire-Inférieure, âgé de trente-cinq ans, qui avait plusieurs crises convulsives par semaine et n'osait pas sortir de chez lui. Les crises furent supprimées immédiatement, et le malade peut se livrer maintenant à quelques travaux : de plus, il traverse la rue sans crainte et fait seul des promenades assez longues; mais s'étant trouvé plusieurs fois sans luminal, il eut de nouveau quelques crises, mais très atténuées.

OBS. VI. — Il en fut de même pour une dame de Maine-et-Loire, âgée d'une quarantaine d'années, dont les crises étaient plutôt nocturnes, et pour une jeune fille de Paris.

OBS. VII. — Ce fut ensuite le tour de M. M..., le fils d'un médecin distingué de Paris, comitial depuis vingt ans, et qui avait, en dernier lieu, quatre ou cinq crises par semaine : à partir du jour où il prit du luminal, à la dose de 0 gr. 10, matin et soir, il n'eut plus une seule crise et ses parents le laissent sortir seul; il vient même, de temps à autre, me voir au Vésinet.

OBS. VIII. — M^{lle} D..., âgée de vingt-deux ans, atteinte d'hystéro-épilepsie, et dont les crises revenaient chaque mois au moment des époques, n'eut plus aucun accident à partir du jour où elle fit usage du luminal; elle se trouva plusieurs fois dépourvue de comprimés et les crises revinrent.

OBS. IX. — Je puis citer encore un jeune abbé belge qui, à la suite des fatigues du noviciat, avait commencé à ressentir des malaises et des contractures pendant le jour. Ces malaises qui survenaient d'abord tous les quinze jours se montrèrent ensuite tous les huit jours, puis tous les jours et se transformèrent finalement en véritables crises convulsives.

Je vis le malade pour la première fois le 4 octobre 1918 et conseillai le luminal à la dose de 0 gr. 10, au lever et au coucher. M. l'abbé N... ne ressentit plus aucun malaise et je le vis de nouveau le 19 octobre suivant : Figure rayonnante, les crises ont complètement cessé; l'abbé N... me dit qu'il sort maintenant à bicyclette sans appréhension et travaille avec beaucoup de facilité et il ajoute : « Ce qui me rend surtout bien heureux, c'est que désormais je pourrai être admis à recevoir les ordres. »

Nota. — J'ai su depuis que ce jeune homme est toujours dans un état satisfaisant.

Voici, encore quelques observations de malades dont les crises ont été suspendues par l'emploi du luminal.

Obs. X. — M^{lle} Marie Y..., âgée de dix-neuf ans, est l'aînée de six enfants. Père mort d'alcoolisme. Enfance malade, menstruation irrégulière, réflexes rotuliens normaux.

Cette jeune fille, qui était employée à la comptabilité dans un grand magasin, venait d'avoir la grippe en 1917, lorsque vers 10 heures du soir, étant en train de natter ses cheveux, elle tombe en arrière sans connaissance et se mord la langue; deuxième crise six mois après avec cri initial et morsure de la langue; troisième crise au bout de six semaines, mêmes symptômes.

Puis les crises se rapprochent et surviennent de huit jours en huit jours : il y a quelquefois trois crises dans une même journée, malgré le bromure donné à la dose de trois cuillerées par jour. Les crises viennent tantôt le jour, tantôt la nuit, et M^{lle} Y... a dû quitter son emploi. Son caractère s'est aigri et elle ne s'accorde plus avec ses frères et sœurs qui lui reprochent du reste d'être à leur charge. Je la vois pour la première fois en février 1919 et j'institue le traitement par le luminal à la dose de 0 gr. 10, matin et soir. Le 8 mars, la malade revient me voir et me dit qu'elle n'a pas eu une seule crise depuis qu'elle prend des comprimés. Le 21 mars, M^{lle} Y... revient seule au Vésinet; elle n'a toujours pas eu de crises et sa mine est tout autre; les traces d'acné bromique disparaissent et le regard est plus expressif. Le 25 mai, même état satisfaisant. M^{lle} Y... a pu prendre un emploi dans une maison de commerce où elle s'occupe à la comptabilité de 8 heures du matin à midi et de 1 heure à 6 heures.

8 juin. — L'amélioration persiste, bien que M^{lle} Y... ayant eu peur de manquer de luminal ait diminué la dose quotidienne de moitié : elle a engraisé et son visage s'éclaircit de plus en plus.

J'ai revu M^{lle} Y... le 20 décembre dernier et en raison de la communication que je devais faire aujourd'hui à la Société, je lui ai demandé si elle voulait bien vous être présentée. La voici, et vous pouvez constater, Messieurs, que cette jeune fille, qui est occupée aujourd'hui dans une grande banque de Paris, a fort bonne mine; et si vous l'interrogez, elle vous dira qu'elle n'a pas eu une seule crise depuis le premier jour du traitement alors que la veille elle s'était cassé deux incisives en tombant, et présentait tous les symptômes du bromisme.

Obs. XI. — M^{lle} Claire D..., âgée de vingt-trois ans, fille de cultivateurs à T... (Maine-et-Loire).

Père rhumatisant, sobre.

Mère bien portante : un frère et une sœur bien portants. La grand'mère paternelle a eu des crises d'épilepsie, à la suite d'une lutte entre taureaux à laquelle elle assista dans l'étable.

Première crise à l'âge de neuf ans. La malade était sur les rangs à l'école. Tout à coup elle quitte sa place, bien qu'on le lui défendît, et tombe avec écume à la bouche. Le médecin appelé prescrit du bromure et des bains.

Deux ans se passent, puis une seconde crise survient pendant le repas, alors qu'elle causait avec sa mère. Elle tombe de nouveau avec écume à la bouche. On fait venir un médecin qui conclut à l'épilepsie.

Réglée vers quatorze ans ; bientôt toutes les époques furent marquées vers la fin, par une crise, puis il y eut deux crises par mois et même quelquefois deux crises dans la même journée. Vers l'âge de seize ans, la jeune fille eut une crise de rhumatisme articulaire aigu qui dura deux mois environ : pendant ce laps de temps, les crises comitiales cessèrent et reparurent à la convalescence.

Le 25 juin 1919, je vis la malade pour la première fois et, après examen, prescrivis le luminal à la dose de 10 centigr. matin et soir. Il y eut quelques malaises (vertiges, nausées, titubations). Mais les crises cessèrent et au bout de quelques mois, je diminuai la dose de luminal de moitié, soit 5 centigrammes au lever et au coucher, sans qu'il en résultât aucun inconvénient. J'ai revu M^{lle} Claire D... en octobre et l'ai trouvée toute transformée : elle travaille maintenant, dit-elle, seule dans les champs, va à la messe le dimanche et ne craint plus de se produire au dehors ; elle avoue avoir encore des moments d'impatience, mais elle espère qu'ils disparaîtront comme le reste. »

OBS. XII. — M. D..., trente-huit ans, cultivateur à R. (Maine-et-Loire). Père et mère décédés, le premier d'une tumeur, la seconde d'une affection cardiaque : deux enfants de onze ans et neuf ans, bien portants.

Dans l'enfance, rien à signaler. A l'âge de quatorze ans, rhumatisme articulaire aigu qui dure quatre mois. Pas de suites appréciables.

A l'âge de trente ans, M. D... était à la messe dans l'église de R..., lorsque M^{lle} Claire D..., la jeune fille citée plus haut, tombe à côté de lui, dans une crise épileptique. Il en fut très impressionné, et quinze jours après, il eut lui-même une crise pendant la nuit, avec cri initial, morsure de la langue et émission d'urine. Au bout d'un an, deuxième crise, suivie d'autres crises semblables tous les cinq ou six jours et presque toujours pendant la nuit.

Le malade vint me voir pour la première fois le 10 octobre dernier et je prescrivis le luminal à la dose de 10 centigrammes matin et soir. Les crises s'arrêtèrent immédiatement et le 10 décembre, jour où je revis M. D..., l'amélioration continuait. De plus, l'appétit était augmenté et mon client avait un peu engraisé; il se déclarait surtout enchanté du changement survenu dans le moral de sa jeune femme si désolée avant le nouveau traitement et maintenant si réconfortée.

Je m'arrête ici, Messieurs, dans la lecture de mes observations, qui sont aujourd'hui au nombre de 70; mais, avant de conclure, j'aurais été heureux d'invoquer, s'il était encore dans cette salle, le témoignage du D^r Roubinovitch, au sujet de deux de ses clientes qu'il nous avait confiées; l'une encore jeune, et qui avait des crises à chacune de ses époques, n'eut plus aucun malaise à partir du jour où elle prit du luminal à la dose de 0 gr. 10, matin et soir; l'autre, plus âgée, avait des vertiges épileptiformes assez fréquents et son humeur acariâtre l'empêchait de vivre avec ses enfants; sous l'influence du luminal, les vertiges ont disparu et le caractère est aussi devenu plus facile.

Je sais, d'autre part, que le D^r Maillard de Bicêtre, auquel notre excellent collègue le D^r Deny avait annoncé les guérisons obtenues par nous au Vésinet, a expérimenté le luminal dans son service et que les cinq comitiaux auxquels il a fait prendre ce médicament ont cessé d'avoir des crises.

Avant la guerre, en 1913 (je l'ai appris, il y a peu de temps), deux rapports avaient été faits sur le luminal par des médecins de Gand, l'un par le D^r de Moor, médecin en chef de l'hospice Guislain, à Gand, l'autre par le D^r van Reysschoot, médecin adjoint de l'asile Caritas. Les résultats obtenus par ces deux confrères et les nôtres sont à peu près concordants.

Voici donc nos conclusions :

Nous avons traité à ce jour par le luminal environ 70 épileptiques ou hystéro-épileptiques : or, il résulte de nos observations que :

1^o Le *luminal*, employé matin et soir, chez les *épileptiques*, à la dose de 0 gr. 05 à 0 gr. 15, suivant l'âge et la force du sujet, arrête presque toujours et immédiatement les crises convulsives, mais le traite-

tement ne doit pas être interrompu sous peine de voir les crises se reproduire au bout de quelques jours.

Ce n'est donc pas un médicament *curatif*, mais *suspensif*.

Toutefois, lorsqu'un comitial a pris 0 gr. 20 par exemple de luminal par jour, pendant quelques mois, on peut diminuer la dose de moitié et quelquefois même davantage, sans voir cesser l'amélioration;

2° Le *luminal* se montre d'autant plus efficace que les crises sont plus franchement épileptiques; ses effets sont un peu moins constants dans l'épilepsie larvée et l'hystéro-épilepsie, mais alors on se trouve bien de l'associer aux bromures.

3° Le *luminal*, pris à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 par jour, ne paraît exercer aucune influence fâcheuse sur l'estomac, le cœur, les reins. Tout au plus, avons-nous observé plusieurs fois et au début du traitement quelques phénomènes secondaires désagréables, tels que titubations, vertiges, maux de tête, et pour les faire cesser, il suffisait de diminuer la dose pendant quelques jours; une seule fois j'eus à constater chez une jeune cliente une légère éruption urticaire aux mains et mon adjoint et neveu le Dr Leulier a été témoin d'un phénomène analogue chez une autre malade.

Par contre, un certain nombre de personnes nous ont déclaré que leur appétit avait été augmenté et du reste leur bonne mine décelait que leur santé générale était meilleure.

En même temps que les crises disparaissent, le moral du sujet se transforme favorablement, il devient plus gai, moins irritable, se livre au travail avec plus de facilité; se sent plus d'assurance; il lui semble, en un mot, qu'il renaît à la vie.

Cet heureux changement a son importance, disons-le en passant, non seulement au point de vue des malades eux-mêmes, mais aussi au point de vue de leurs familles que la crainte des crises terrorisait et au point de vue social. Depuis que le hasard m'a amené à m'occuper plus spécialement de l'épilepsie, j'ai remarqué en effet que les comitiaux étaient beaucoup plus nombreux qu'on ne l'admettait généralement jusqu'ici;

dans une seule commune de 1.300 habitants, je soigne quatre de ces malades et la proportion est à peu près la même dans les communes voisines. On boit beaucoup dans cette région, mais eu fût-il de même partout, il y aurait près de cent mille épileptiques en France, et si, par le luminal, on peut rendre aptes au travail un cinquième seulement de ces malades, on aura obtenu un résultat qui n'est pas à dédaigner à une époque où sévit la crise de la main-d'œuvre.

En tous cas, de tous les traitements qui, jusqu'à ce jour, ont été préconisés dans l'épilepsie, le luminal paraît obtenir le plus promptement la cessation des crises convulsives. Au bout de quelque temps, je le répète, la dose du médicament peut être diminuée et il semble suffire que le malade reste sous son influence.

Si on le compare aux bromures, le luminal leur est bien supérieur, en ce sens que, comme eux, il ne diminue pas la mémoire, que comme eux, il n'intoxique pas et que ses effets sont bien plus prompts et bien plus constants.

Il m'était revenu que certains médecins avaient critiqué l'emploi du luminal et que l'un d'eux était allé jusqu'à dire que les Boches, en nous envoyant ce médicament, nous avaient fait là un bien mauvais cadeau.

J'ai voulu en avoir le cœur net et je suis allé voir l'éminent professeur de pharmacologie à la Faculté. Or, le professeur Pouchet, qui a paru très intéressé par le récit de mes cures, ne m'a pas caché, il est vrai, qu'à son cours, il mettait toujours en garde ses élèves contre les produits où il entraient un élément phényle. Mais lorsque je lui expliquai que pour supprimer les crises comitiales, il n'était besoin que de 0 gr. 10 de luminal et souvent même 0 gr. 05, il me dit qu'à cette faible dose, il n'y avait rien à craindre. Et de fait, ainsi que je l'ai dit déjà, je n'ai jamais constaté, et chez quelques clients seulement, autre chose que quelques nausées dans les premiers jours de traitement, et une fois, une légère roséole aux poignets.

Le luminal est donc beaucoup mieux toléré que certains médicaments comme le pyramidon, l'antipyrine qui causent, chez certaines personnes prédisposées, de

véritables accidents. Je connais une personne qui supporte très bien le luminal à 0 gr. 15 et que le pyramidon à la même dose indispose gravement. De plus, le *luminal sodique* peut être employé en injections hypodermiques en solution à 20 p. 100.

4° Le luminal n'est pas seulement un *anti-épileptique* puissant, c'est aussi un bon *sédatif* et, nous l'avons vu en commençant, un excellent *hypnotique*, et à une dose moins forte que le *véronal*. Nous l'avons employé avec succès dans certains cas d'agitation, dans les obsessions, dans les cures de démorphinisation, chez les alcooliques, les déments précoces, etc., et les malades, au réveil, ne se plaignent d'aucun malaise.

Pendant toute la guerre, il nous fut très difficile de nous procurer le luminal dont nous avions besoin et pendant longtemps nous fûmes obligés de nous adresser en Suisse. Fort heureusement, le Dr Roux, l'éminent directeur de l'Institut Pasteur, à qui nous avons fait part de nos observations, put en faire venir une certaine provision et voulut bien nous en faire bénéficier.

Depuis la signature de l'armistice, j'ai pu m'adresser aux pharmaciens d'Alsace-Lorraine et nombre de mes clients ont eu recours aux soldats qu'ils connaissaient en pays occupé ; quelques-uns en ont fait venir de Hollande.

Mais j'étais curieux aussi de savoir l'appréciation des Alsaciens et des Allemands eux-mêmes sur le luminal et j'ai été faire une petite enquête en Alsace-Lorraine et en pays rhénan jusqu'à Cologne. Or, tous les pharmaciens que j'ai interrogés ont insisté surtout sur les propriétés hypnotiques du luminal. Un médecin allemand, attaché à un hôpital où étaient soignés des compatriotes, dit : « Le luminal ? pour coucher ».

À Colmar, le Dr Schwartz, médecin de l'Hôtel-Dieu où je l'allai voir, emploie aussi le luminal pour combattre l'insomnie, mais également certaines migraines.

À Strasbourg, grâce à l'obligeance du Dr Küny, chef de service à l'Université, et à Cologne même, j'ai pu me procurer certaines brochures où le luminal était recommandé à la fois comme *hypnotique*, comme *sédatif* et comme *anti-épileptique*, mais on n'a peut-être pas, en Allemagne même, attaché au luminal, pour le trai-

tement de l'épilepsie, l'importance que ce médicament me paraît mériter.

On ne peut, en effet, n'être pas impressionné par le fait que quelques comprimés de luminal arrêtent tout à coup des crises que rien n'avait pu calmer jusque-là, et l'étude de ce phénomène pourrait bien conduire à d'autres résultats cliniques non moins intéressants.

DISCUSSION

M. MARCHAND. — Les résultats que nous communiquons M. Raffégean sont très encourageants. Parmi les épileptiques que nous soignons, il y en a toujours un certain nombre qui restent rebelles à tout traitement. Nous aurons maintenant un nouveau médicament à leur proposer.

D'après les observations de M. Raffégean, je crois que certaines se rapportent à des cas d'hystéro-épilepsie. Le luminal aurait donc une action favorable aussi bien dans l'hystérie que dans l'épilepsie?

Un auteur italien, Padavani (1), a expérimenté aussi le luminal dans l'épilepsie. Il a obtenu également de très bons résultats, surtout en le combinant au régime déchloruré.

M. RAFFÉGEAU. — L'observation d'hystérie à laquelle M. Marchand fait allusion est la seule qu'il m'ait été donné de recueillir.

Sur un procédé de mesure de l'activité psychique (puissance d'attention et rapidité des processus intellectuels),

Par MM. J. ROGUES DE FURSAC et X. ABÉLY.

Parmi les procédés que la technique psychologique utilise pour l'étude de l'attention, un des plus anciens et des plus employés consiste à faire barrer au sujet en expérience une même lettre chaque fois qu'elle se

(1) Padavani. Activité sédative et anti-épileptique du luminal. *Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, 1913, n° 116.

rencontre dans un texte donné, par exemple tous les *a* dans quelques lignes de journal.

L'espèce de popularité dont jouit cette épreuve s'explique : elle ne nécessite aucun matériel coûteux et compliqué, un fragment de journal suffit ; elle fournit des résultats d'une précision quasi mathématique, puisque l'intégrité de l'attention est en raison inverse du nombre d'erreurs commises ; enfin elle est si simple qu'elle est à la portée de la plupart des malades. Cette dernière qualité — la simplicité — par son excès même, fait malheureusement son infériorité. Elle est si simple qu'elle peut être subie avec succès par des malades notablement affaiblis, ce qui équivaut à dire qu'elle est si simple qu'elle cesse d'être sensible.

Voici par exemple un paralytique général au début, mais chez qui cependant le diagnostic ne saurait être douteux. On lui fait effacer tous les *a* dans un texte de 49 lignes contenant cette lettre 116 fois. Il ne commet que deux erreurs. Voici maintenant un jeune garçon de seize ans, très débile, dont la mère nous dit qu'il était, à l'école, un déplorable élève, et qu'il est actuellement un non moins déplorable apprenti, n'apprenant rien ou à peu près rien, surtout très inattentif. Il fait l'épreuve de l'effacement de tous les *a* — dans les mêmes conditions que le précédent — avec trois erreurs seulement. Deux et trois erreurs sur 116 lettres à effacer, c'est très peu et un sujet absolument normal aurait pu les commettre, pour peu qu'il ait été distrait deux ou trois fois, au cours de l'épreuve, par un mot prononcé à ses côtés, une porte ouverte, etc.... Par conséquent, l'expérience n'a rien révélé de la faiblesse intellectuelle des malades qui, cependant, était incontestable.

L'épreuve de l'effacement de tous les *a* pêche donc d'une façon certaine par défaut de sensibilité (1).

(1) Aussi la plupart des psychologues qui s'occupent de l'étude de l'attention préfèrent-ils employer d'autres procédés. M. Dumas a surtout recours au chronomètre de d'Arsonval, avec utilisation de réactions de choix ; MM. Toulouse, Vachette et Piéron, dans leur *Traité de psychologie expérimentale*, ont préconisé une méthode consistant dans l'effacement non plus de lettres, mais de signes spéciaux ; M. Revault d'Alonnes a créé sa méthode de l'attention conjuguée. Sans contester la valeur de ces différents procédés, il

L'un de nous a pensé qu'il était possible de lui donner la sensibilité qui lui manquait en faisant effacer non plus tous les α , mais seulement un α sur deux.

L'épreuve cesse ainsi d'être automatique et exige que l'attention soit toujours en éveil, car, en présence d'un α qu'il rencontrera, le sujet ne pourra pas se contenter, comme dans l'épreuve primitive, de donner un simple coup de plume. Il devra se demander chaque fois : faut-il l'effacer ? faut-il le laisser ? Il y aura là un véritable travail de l'esprit, et nécessairement, toute défaillance d'attention sera enregistrée par une erreur.

Cette épreuve, employée dans le service de l'un de nous pendant des années (six à sept pour le moins, car elle y était pratiquée bien avant la guerre) et sur des centaines de malades, s'est montrée utile, très supérieure à celle dont elle dérivait. — Il était intéressant d'en fixer la valeur d'une façon quelque peu précise et, pour cela, d'en faire une étude méthodique.

Tout d'abord, il y avait à résoudre quelques petites difficultés d'ordre technique. Il fallait obtenir soit chez les différents sujets, soit chez le même sujet à des moments différents, des épreuves qui fussent comparables entre elles, c'est-à-dire comportant le même nombre de lettres à effacer dans une même longueur de texte. Rien de plus facile quand il s'agissait de comparer des épreuves faites par différents sujets ou par un même sujet à intervalles éloignés. Il suffisait d'adopter un texte quelconque et de le présenter, toujours le même, au sujet en expérience. La chose devenait un peu plus délicate, quand il s'agissait de comparer des épreuves faites consécutivement par un même sujet. On pouvait craindre que l'expérience acquise à la première épreuve n'influe sur la seconde, que le sujet, se rappelant que tel α dans tel mot avait été barré dans la première épreuve, ne fût conduit à le barrer dans la seconde. S'il tombait juste, l'épreuve était facilitée

nous à paru que, en raison de sa simplicité, qualité toujours précieuse, en clinique surtout, la méthode de l'effacement des lettres — disons simplement de l'effacement des α — méritait mieux que l'oubli, à la condition qu'il fût possible de lui donner la sensibilité qui lui manquait.

S'il se trompait, il commettait une erreur en quelque sorte suggérée. Dans les deux cas le résultat de l'épreuve était vicié. Il fallait donc conserver le même texte, tout en modifiant l'ordre des α à effacer. Nous avons réalisé ce desideratum en établissant un texte composé de phrases détachées, de telle sorte que l'ordre des phrases puisse être interverti et la succession des α complètement bouleversée. Nous avons employé pour cet usage des moralités de fables de La Fontaine. Un premier texte commence par : « Il se faut entr'aider, c'est la loi de nature » et se termine par : « Nous n'écoutons d'instincts que ceux qui sont les nôtres et ne croyons le mal que quand il est venu ». Le second commence, au contraire, par cette dernière phrase et se termine par la première. L'ordre des phrases intermédiaires est interverti. Les deux textes ont évidemment la même longueur, soit, avec les caractères que nous avons adoptés, un peu plus de 49 lignes, et contiennent le même nombre d' α , soit 116. On peut ainsi, en faisant usage successivement de chacun des deux textes, faire deux expériences absolument comparables et néanmoins totalement indépendantes, la première ne pouvant avoir aucune influence sur la seconde.

On se demandera peut-être pourquoi nous n'avons pas établi un texte composé de lettres se succédant sans constituer des mots. Ce procédé, dira-t-on, aurait eu l'avantage de supprimer la cause de distraction que réalise, pour le sujet en expérience, le sens des phrases qui constituent le texte. Nous avons préféré laisser persister cette cause de distraction. Nous désirions, en effet, faire travailler l'esprit dans des conditions qui ne s'éloignent pas trop des conditions ordinaires de la vie. Or, dans les conditions ordinaires de la vie, les distractions se rencontrent à chaque pas et le rôle de l'attention consiste précisément à les écarter. Si, au cours de sa tâche, le sujet en expérience se laisse distraire par les réflexions que lui suggère le texte sur lequel il travaille et commet ainsi des erreurs, c'est là un fait qui n'est pas sans intérêt. — Nous recommandons cependant de prendre la précaution de faire lire le texte au sujet avant de procéder à l'expérience. De cette façon, sa curiosité doit être satisfaite, au moins dans ce qu'elle

a de légitime; si le sens du texte fait ensuite dévier son attention, c'est que celle-ci est instable et les erreurs qui se produisent ne feront que traduire un fonctionnement psychique défectueux, ce qui est, en somme, le rôle de l'épreuve.

Tels sont les petits points techniques sur lesquels nous avons cru devoir insister. Voyons maintenant les résultats que nous donne l'épreuve de l'effacement d'un *a* sur deux.

Et d'abord, comparons-la à celle de l'effacement de tous les *a*.

Nous avons dit les résultats fournis par cette épreuve — effacement de tous les *a* — chez un paralytique général et chez un débile : deux erreurs pour le premier cas, trois pour le second. Nous avons fait, avec les mêmes malades, le même jour, et aussitôt après cette première épreuve, l'épreuve de l'effacement d'un *a* sur deux et nous avons obtenu : treize fautes pour le paralytique général au lieu de deux, et vingt-trois fautes pour le débile au lieu de trois. Treize et vingt-trois, ce sont là des chiffres qui, pour la longueur du texte sur lequel nous opérons, ne se rencontrent jamais dans une épreuve faite par un individu normal, dans des conditions normales, c'est-à-dire en dehors de toute fatigue excessive, de tout état toxique et dans un milieu suffisamment calme. L'épreuve de l'effacement d'un *a* sur deux a donc révélé un affaiblissement de l'attention là où l'épreuve de l'effacement de tous les *a* était absolument muette.

Voyons maintenant comment l'épreuve de l'effacement d'un *a* sur deux traduit le fonctionnement de l'attention et la rapidité des processus intellectuels dans quelques maladies mentales.

Les résultats fournis par notre épreuve sont, en fait, de deux catégories.

Ceux de la première catégorie se rapportent à la qualité du travail psychique et se traduisent dans l'exactitude des résultats obtenus. C'est là, à mon sens, l'épreuve de l'attention proprement dite. Une épreuve où aucune erreur n'aura été commise, où les *a* auront été effacés suivant la formule prescrite, sera une épreuve où l'attention devra être considérée comme n'ayant pas

fléchi un seul instant pendant toute la durée du travail.

Les résultats de la seconde catégorie se rapportent à la rapidité du travail psychique. On chronomètre la durée de l'épreuve et on compare le chiffre ainsi obtenu avec la durée moyenne de l'épreuve chez les individus normaux (v. plus loin). Les écarts ne sont pas toujours parallèles à ceux que l'on constate dans l'exactitude des résultats. Une rapidité presque normale peut coïncider avec des erreurs nombreuses, et, inversement, beaucoup de lenteur peut aller avec un résultat excellent quant à l'exactitude. Il y a, dans ces cas, dissociation entre les deux éléments essentiels du travail psychique : la rapidité et la qualité.

On peut représenter ces deux données : qualité du travail psychique (attention proprement dite) et rapidité du travail psychique, sous une forme graphique. Sur une ligne horizontale, inscrivons la durée de l'opération, 1 millimètre représentant par exemple une minute. A l'extrémité de cette ligne, élevons une perpendiculaire et, sur cette ligne verticale inscrivons les erreurs, chaque erreur étant représentée par 1 millimètre également. Menons des parallèles. Nous aurons ainsi un rectangle dont la base représentera avec une précision rigoureuse la durée de l'épreuve — soit le plus ou moins de lenteur du travail psychique — et la hauteur, le nombre d'erreurs commises, soit le déficit plus ou moins considérable de l'attention. Nous aurons là une représentation claire et précise des résultats fournis pour l'expérience. Et les modifications que subiront la forme et les dimensions du rectangle refléteront très exactement les modifications de l'attention et de la rapidité des processus intellectuels.

Voici un exemple. Les deux rectangles accolés de la figure 1 représentent les résultats donnés par l'épreuve de l'effacement d'un *a* sur deux chez le même malade (un coufuss) à son entrée dans le service et cinq mois après, en période de convalescence. La différence saute aux yeux. Le premier rectangle est énorme : 11 millimètres de base, soit 11' de durée pour l'épreuve ; 45 millimètres de haut, soit 45 fautes. Le second est, au contraire, très réduit : 8 millimètres $1/2$ de base, soit 8' $1/2$, par conséquent épreuve notablement plus rapide,

mais dont la durée excède cependant la normale, ainsi qu'on le verra par les chiffres donnés plus loin ; 2 millimètres de hauteur, soit deux erreurs, chiffre très faible et compatible avec une attention absolument normale. Notre graphique indique ainsi au début une attention très déficiente et un ralentissement extrême des processus psychiques ; à la fin, le retour à l'état normal

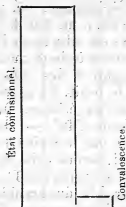


FIG. 1.

quant au nombre d'erreurs et une amélioration sensible quant au temps.

Cette traduction graphique va nous permettre de saisir d'un simple coup d'œil les résultats de l'épreuve dans les différentes maladies où nous l'avons étudiée et nous démontrer qu'elle exprime assez bien les variations de l'activité psychique qui s'y manifestent, avec les modalités propres à chaque maladie.

Le graphique fait d'une succession de rectangles que nous mettons sous vos yeux représente non plus des cas individuels, comme dans l'exemple que nous donnions à l'instant, mais des moyennes établies sur un certain nombre de cas pour chaque maladie.

Avant de parler des états pathologiques, disons un mot de l'état normal. Il y a quelquefois des épreuves impeccables. Mais elles sont plutôt rares. Les gens normaux commettent souvent des erreurs dans l'épreuve d'un *a* sur deux, erreurs qui sont imputables à des distractions épisodiques d'origine intrinsèque ou d'ori-

gine extrinsèque, comme chacun peut en éprouver. Nous avons fait de très nombreuses expériences et nous sommes arrivés à cette conclusion que, au-dessous de cinq erreurs, l'épreuve ne pouvait être considérée comme anormale. La moyenne est d'un peu plus de deux erreurs. Au-dessus de cinq, on doit penser à un trouble de l'attention qui, bien entendu, n'implique pas que le sujet soit un aliéné ni même un psychopathe et peut fort bien n'être qu'épisodique, dû, par exemple, à une légère hyperémotivité, à un état de fatigue, à l'effet de l'alcool, si l'épreuve est faite après l'absorption de boissons alcooliques, même à doses modérées, ou encore, ce qui est très fréquent, à des causes purement extérieures, telles que le bruit, les allées et venues dans la pièce où se pratique l'expérience. Quant à la durée de l'épreuve, elle varie de 2'40" — chiffre rare — à 5'. Plus de 5' indique une certaine lenteur et comporte une signification qui, comme celle des erreurs, demande à être cherchée. La moyenne est 3'.

Le premier rectangle du graphique, en partant de gauche, est celui de l'état normal. Comme il fallait s'y attendre, c'est, dans les deux dimensions, le plus petit de la série.

Passons maintenant très rapidement en revue quelques maladies.

Voici d'abord le délire chronique, où le fonds mental est souvent intact : le rectangle se rapproche beaucoup de celui de l'état normal, bien qu'un peu supérieur dans les deux dimensions : durée moyenne, 4'; moyenne d'erreurs, 2 1/2.

Le troisième et le quatrième rectangles se rapportent à la démence précoce. On voit que, dans les deux, la durée de l'épreuve est au-dessus de la normale (4' 1/2 comme moyenne). Mais le nombre d'erreurs est très différent : 3, ce qui dépasse très peu la normale, dans le premier rectangle; 29, ce qui est considérable, dans le second. C'est que, au point de vue de l'attention, les déments précoces se répartissent en deux groupes, et ce sont ces deux groupes que distingue notre graphique. Dans le premier, les malades sont indifférents, inertes, dépourvus de spontanéité, mais se montrent attentifs quand on vient à solliciter leur attention. C'est ce que

montre le premier rectangle. Dans le second groupe, l'attention est profondément lésée, et c'est ce que montre le second rectangle, avec sa hauteur de 29 millimètres.

Voici maintenant la paralysie générale. Que voyons-nous? Une verticale énorme et une horizontale relativement courte, beaucoup d'erreurs (31) et de temps pas beaucoup, bien qu'un peu plus cependant qu'à l'état

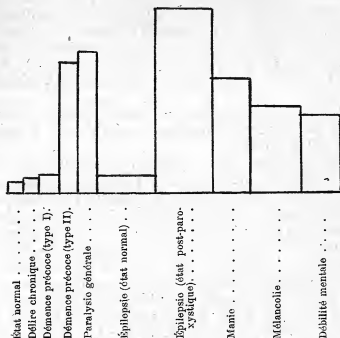


FIG. 2.

normal (4' 45"). Et nous reconnaissons là la belle assurance des paralytiques généraux et leur manque d'auto-critique. Convaincus qu'ils sont en puissance de tous leurs moyens, qu'ils font très bien, ils vont de l'avant sans hésiter et barrent les α , sans se soucier s'ils commettent des erreurs.

Les mélancoliques : beaucoup de temps (9') et fautes nombreuses (19), autrement dit : lenteur des processus intellectuels et faiblesse de l'attention. C'est classique.

Chez les maniaques, fautes plus nombreuses (25), ce qui est bien dans la note, puisque les maniaques sont

encore plus distraits que les mélancoliques, et aussi ralentissement de l'activité psychique, moindre que chez le mélancolique, mais très marqué cependant (8' 30" au lieu de 3' chez les normaux). Ce dernier fait mérite d'être relevé, car il montre que le travail psychique, quand il nécessite un effort d'attention, loin d'être plus rapide chez le maniaque que chez l'individu normal, est au contraire considérablement ralenti, et que la manie, sur ce point, se rapproche de la mélancolie. On sait que c'est un des arguments employés pour démontrer l'unité de la psychose maniaque dépressive. Notre expérience confirme donc, sur ce point, ce que nous avons appris à la fois d'autres modes d'expérimentation et de l'expérience clinique.

Passons rapidement sur la débilité mentale : longue durée de l'épreuve, fautes assez nombreuses. C'est ce qu'il fallait attendre.

Nous arrivons enfin à l'épilepsie, qui donne peut-être les résultats les plus frappants. Voyez ce rectangle peu élevé et très allongé, dont les dimensions représentent respectivement une durée d'épreuve de 13' — ce qui est énorme — et un chiffre d'erreurs de 5 — ce qui dépasse à peine le chiffre normal. C'est le graphique de l'expérience chez l'épileptique dans son état habituel — il va de soi que nous avons éliminé les épileptiques déments, qui eussent été incapables de faire une épreuve valable. Nous avons là, d'une façon saisissante, la formule du travail psychique chez l'épileptique : travail laborieux, effort considérable, lenteur énorme des processus psychiques, mais travail utile, aboutissant à un résultat, activité lente, mais coordonnée. Tout cela, vous le voyez dans ce rectangle, à base très étendue et à hauteur très réduite.

Mais voici un autre rectangle, très différent du précédent par sa hauteur, qui indique 41 erreurs, ce qui est le chiffre maximum porté sur l'ensemble du graphique. C'est encore d'épilepsie qu'il s'agit, d'épilepsie vers la fin de l'état confusionnel post-paroxystique, alors que le fonctionnement intellectuel est encore dans un état de perturbation profonde, et l'attention, en particulier, encore très déficiente. C'est ce déficit de l'attention que traduit ce rectangle à dimension verticale énorme. Le

contraste avec le rectangle qui représente les résultats de l'épreuve chez l'épileptique dans son état habituel est frappant.

Il nous semble que l'épreuve de l'effacement d'un *a* sur deux et le graphique par lequel nous avons essayé d'en fixer les résultats donnent de l'état intellectuel de l'épileptique, dans les différentes phases que comporte sa maladie, une idée à la fois juste et précise.

Tels sont les quelques exemples qui vous auront montré, nous voulons l'espérer, que notre épreuve de l'effacement d'un *a* sur deux peut rendre des services dans l'examen clinique des malades et peut-être aussi dans l'expérimentation psychologique. Il est bien entendu, cependant, que l'on ne saurait en faire un critérium de la valeur intellectuelle. Elle donne des renseignements sur l'intégrité de l'attention et la rapidité des processus psychiques chez un sujet donné, à un moment donné, dans des conditions données. C'est tout et il ne faut pas lui demander davantage. Les anomalies qu'elle révèle peuvent tenir à la constitution même du sujet, à une maladie acquise, à un état épisodique, à des conditions de milieu particulières. Ses résultats ne prendront, par conséquent, toute leur signification que s'ils sont éclairés par un examen complet et une connaissance exacte des conditions dans lesquelles l'expérience a été pratiquée. C'est d'ailleurs le cas de tous les résultats d'expérimentation : ils n'ont de valeur que correctement interprétés.

DISCUSSION

M. G. DUMAS. — J'ai écouté avec le plus vif intérêt la communication des auteurs. Ils me paraissent avoir tiré, au point de vue purement clinique, un excellent parti d'une épreuve par ailleurs choisie fort judicieusement.

Mais si les phrases, dans les deux parties de l'épreuve, ne sont pas présentées dans le même ordre, ce sont les mêmes mots qui les composent, et le malade peut avoir, au deuxième temps, acquis par le premier un certain entraînement. D'autre part, au point de vue de la psychologie expérimentale, on pourrait souhaiter pour

mesurer l'attention, une épreuve capable de donner les ondulations de l'effort du patient.

M. ROGUES DE FURSAC. — Il suffit que les phrases soient présentées, la deuxième fois, dans un ordre autre que celui de la première, pour que l'épreuve soit neuve, car ce ne sont pas les mêmes lettres qu'il faut barrer. En second lieu, j'ai donné ici des résultats globaux; mais sur les épreuves individuelles, on peut aisément percevoir les ondulations auxquelles M. Dumas fait allusion. Chez certains sujets, ce n'est pas à la fin de l'épreuve que les fautes s'accumulent.

M. DUMAS. — Il serait alors facile d'introduire cet élément nouveau dans votre représentation graphique.

M. ROGUES DE FURSAC. — Sans doute, et si nous ne l'avons pas fait aujourd'hui, c'est parce que nous avons surtout envisagé l'épreuve au point de vue clinique, et sans nous attarder aux détails.

Interprétations frustes,

Par I. MEYERSON et P. QUEROY.

L'interprétation habituelle des délirants frappe par son double caractère d'achèvement et de complexité. Son aspect de perfection est tel qu'on a pu la considérer comme un exemple typique de raisonnement déductif. L'analyse psychologique permet d'y découvrir plusieurs éléments et de leur assigner un ordre approximatif dans le temps.

Ces éléments sont :

- 1° Un trouble de l'affectivité;
- 2° Un travail de reconstruction, de coordination qui, mené jusqu'au bout, donne une idée délirante; — ébauché seulement, constitue les sentiments d'étrangeté ou d'automatisme;
- 3° Une matière, des « faits » : perceptions ou souvenirs, — point de repère, cause occasionnelle de l'activité délirante;
- 4° Une expression verbale, formulé ou symbole.

La marche habituelle est donc la suivante : trouble primitif de l'affectivité, puis travail de réorganisation,

de cristallisation autour de quelques faits, pris souvent au hasard, cristallisation au début peu stable, — enfin explication nouvelle, interprétations achevées.

Nous avons observé, à côté de ces interprétations parfaites, quelques types d'interprétations aberrantes, inachevées, *frustes*, dont le contenu se révèle, à l'analyse, assez pauvre. Les deux exemples, d'ailleurs assez différents, que nous notons ici, montrent surtout une remarquable pauvreté des processus intellectuels : l'absence de tout raisonnement discursif. Ce sont des *interprétations sans raisonnement*.

*
* *

I. — D..., quarante-cinq ans, mécanicien, que nous avons suivi à la Salpêtrière pendant l'été 1919, a présenté de 1914 à 1919, des poussées successives de délire de persécution, hallucinatoire d'abord, purement interprétatif à la fin, poussées séparées par des intervalles d'état normal. En juin 1919, un mois environ après le début d'une période de délire d'interprétation assez actif (« complot », « cabale », etc.), l'état paraissait s'améliorer, quand sont brusquement apparus de légers accidents de l'ordre de celui-ci :

« La voisine était en train d'arranger le treillage, alors elle a dit : tout ça c'est *sauvage* ». — « Et alors...? » — (Le malade paraît se concentrer douloureusement et fait un geste qui montre toute sa bonne volonté et son impuissance). — « Qu'est-ce que cela voulait dire, sauvage? » — « Je ne sais pas, ça m'a paru drôle ». — « Et maintenant? » — « Maintenant aussi ». — « Est-ce que la voisine a dit cela pour vous? » — « Oh non! c'étaient des branches ». — « Croyez-vous qu'elle nous en veut? » — « Non, pas du tout, c'est une brave femme ». — « Est-ce que c'est un coup de patte (formule du malade pour désigner les misères qu'on lui fait)? » — « Non, c'est une brave femme ».

D'autres mots : *épingle*, *chat*, etc., donnent à D... la même impression de malaise intraduisible.

Voilà donc un persécuté interprétant typique, persuadé qu'il y a un complot contre lui, en possession de termes excellents pour servir de titre à des idées délirantes (« cabale », coup de patte », « capable de construire des interprétations complètes. Quelques perceptions, quelques mots lui causent un étrange malaise; il souffre à les entendre; on s'attendrait à ce qu'il les rat-

tachât à son délire. Point du tout. Ces perceptions gardent un caractère d'étrangeté douloureuse, mais ne sont pas expliquées. L'interprétation n'aboutit pas.

*
* *

Analysons cette interprétation inachevée. Deux éléments s'y trouvent seulement : le trouble de l'affectivité, la matière. Deux autres éléments essentiels : le travail d'explication et la formule, paraissent absents.

S'agit-il, ici, d'un état entièrement passif? N'y a-t-il que trouble des perceptions, modifiées qualitativement, devenues étranges et douloureuses? Nous ne le croyons pas. Les états purement passifs sont rares, si même ils existent. Il est vraisemblable qu'il y a, dans notre exemple, une activité rudimentaire, ébauchée, de l'ordre de celle que Binet et les psychologues de Wurzburg ont décrite chez des sujets normaux. C'est « l'attitude de la conscience dont le contenu se dérobe à une caractérisation plus précise » [Marbe] (1). C'est « le sentiment de direction », « la conscience obscure de la sphère » à laquelle appartient le fait, conscience affective, mettant en jeu la personnalité entière [Messer] (2). C'est « l'intention », « l'attitude mentale », « la préparation à l'acte », « la mimique interne », l'acte virtuel, contenu, ébauché [Binet] (3). Tout cela indicible, ineffable, ne pouvant trouver d'expression dans les cadres sociaux du langage.

*
* *

II. — R..., cinquante-sept ans, ancien cafetier, a été interné à Sainte-Anne le 15 avril 1918 avec le diagnostic de paralysie générale probable (affaiblissement intellectuel, idées délirantes multiformes, euphorie) et transféré à Ainay-le-Château le 9 août 1918. L'activité délirante semble avoir disparu assez rapidement et, au moment où nous l'avons vu pour la première fois (un an après son entrée), R... ne présentait plus que des

(1) *Experimentell-psychologische Untersuchungen über das Urteil.* Leipz g, 1901.

(2) *Archiv für die gesamte Psychologie*, 1906, t. VII.

(3) *Etude expérimentale de l'intelligence.* Paris, 1903.
Année psychologique, 1908, 1911.

souvenirs délirants. Le trouble fondamental paraissait être une amnésie marquée qui le faisait ressembler aux amnésiques non déments de Chaslin (1) et de Claude (2).

Un jour R... manifeste brusquement quelque agitation. Interrogé, il nous fait le récit suivant :

« Figurez-vous qu'il m'est arrivé une aventure extraordinaire... Voyons, comment appellerais-je ça?... Un guet-apens, un vrai guet-apens; je suis tombé dans un guet-apens... J'étais dans un escalier, un escalier en colimaçon... l'escalier de la maison que j'habite... chez M^{me} B... J'étais dans l'escalier, je montais ou inversement: j'ai rencontré une dame... M^{me} B... Et là... il s'est passé quelque chose d'abracadabrant... je suis descendu... oui... avec M^{me} B... et là... voyons... ah! mon pauvre ciboulot... Ah! en bas nous avons rencontré une jeune fille... ravissante... la propre fille de M^{me} B... ». — « Et après, Monsieur R...? » — « Après? mais... c'est tout ». — « Et ce guet-apens? » — « Ah! oui... Laissez-moi réfléchir; si j'attrape le fil, ça va partir... ». Et le malade, après un long effort, recommence son récit: le guet-apens, l'escalier, la jeune fille ravissante.

Les premiers auditeurs de cette histoire, très habitués aux malades, affirment que R... ne leur a rien dit de plus et qu'il *n'a pas employé* le terme de guet-apens; ils confirment d'ailleurs les précisions matérielles du malade qui s'est réellement égaré dans l'escalier obscur de sa maison.

*
*
*

L'interprétation fruste de D... était apparue sur un fond de délire en évolution, au milieu d'interprétations complètes. Celle de R... est venue brusquement réveiller une activité délirante éteinte. Elle est fruste également: l'on y retrouve: le trouble de l'affectivité, la matière, l'expression verbale, mais l'explication manque.

Le trouble émotif a dû présenter deux phases, deux envahissements successifs: un sentiment d'égarement, d'angoisse dans l'escalier obscur, un sentiment de plaisir et d'excitation à la sortie de l'escalier et à la vue de

(1) Chaslin et Porrocalis. Un cas de syphilis cérébrale avec syndrome de Korsakof à forme amnésique pure. *Journal de Psychologie*, juillet-août 1908.

(2) Claude et Levy-Valensi. Sur un cas d'amnésie à prédominance antérograde au cours d'une syphilis cérébro-spinale fruste. *Encéphale*, 1911, p. 287-294.

la jeune fille. Le contraste et la succession des deux, non compris par le malade, lui ont donné le sentiment d'abracadabrant.

Les deux états ont abouti à des expressions verbales : « gnet-apens », « jeune fille ravissante ». Il n'est pas étonnant que R... ait trouvé ces formules : en dépit de sa maladie il a en effet conservé un assez riche vocabulaire. Ce qui surprend, c'est que les formules sont directement accrochées à l'état affectif, directement déclenchées par lui ; elles ne sont précédées par aucun travail apparent d'explication.

*
* *

Ce travail a-t-il été oublié ? Le malade est, nous le savons, un amnésique ; son interprétation, comme l'énoncé de certains théorèmes dont on ne se rappelle plus la démonstration, serait dès lors fruste par oublié.

Nous ne le croyons pas. L'activité de l'esprit qui a provoqué la formule a dû être une activité inconsciente. Si cela a été un processus d'association, ses phases ne sont jamais apparues à la lumière de la pensée claire ; le processus a dû être abrégé, rapide, ses éléments se télescopant en quelque sorte. Cela a pu être une manière de réflexe conditionnel du langage avec déclenchement presque mécanique de la formule. Il y a ainsi en nous des sentiers tout frayés, des raccourcis d'habitude ; ce « routage », comme disent les physiologistes, draine brusquement et happe la pensée.

Il y a en nous des schémas idéo-affectifs et idéo-moteurs, des tableaux d'ensemble, dont l'apparition est instantanée et qui ne laissent plus place à un processus d'association : nous raisonnons en réalité très souvent par *dissociation*. D'un tableau d'ensemble qui est apparu dans le champ de la conscience, un mot reste, souvent par hasard et quelquefois non le plus significatif.

*
* *

Les deux types d'interprétations frustes que nous avons analysés sont, on le voit, un peu différents. Ce qui frappe dans l'une et dans l'autre, c'est l'absence de

tout raisonnement discursif. Ce sont, répétons-le, des interprétations sans raisonnement. Elles ont un autre caractère commun encore : il y a chez les deux malades un certain degré d'affaiblissement intellectuel. Cet affaiblissement ne nous paraît pas avoir retenti sur les formes fondamentales des processus psychiques ; il ne semble donc pas que l'aspect fruste des interprétations en dépende. Il serait cependant intéressant de rechercher des interprétations frustes chez des malades ne présentant pas d'affaiblissement intellectuel, par exemple chez les déliants chroniques au début, à la période d'inquiétude. Il semble qu'il doive y avoir là des « préinterprétations » multiples, très mobiles, fugaces, ressemblant à celles que nous avons vues chez notre premier malade, mais plus nombreuses, se pressant en foule, évanescences.

Sur le diagnostic et la fréquence des hallucinations auditives verbales (1),

Par M. P. QUERCY.

Début par du délire hallucinatoire aigu. Idées de persécution et de grandeur, pas de démence après vingt-cinq ans de délire.

Malade intéressant au triple point de vue des hallucinations, du monologue et des néologismes.

Parmi des néologismes très divers, je signale, dans ce bref résumé, le groupe des néologismes que je serais tenté d'appeler « amorphes ».

Exemple : potonasciodocio — spesonoliasn — souto-cilmalmouia — oconsilosarodilnuça, etc., etc.

HALLUCINATIONS ET MONOLOGUES. — Il parle de ses hallucinations exactement comme les hallucinés classiques et toutes les imperfections de leurs réponses se retrouvent chez lui.

Il a des hallucinations auditives, absolument typiques, devant l'observateur.

(1) Ce travail paraîtra *in extenso* dans l'*Encéphale*.

Pendant qu'il écoute ses voix, il parle; il fait simultanément une hallucination auditive et un monologue, et il a aussi bien conscience de celui-ci que de celle-là.

Il n'est possible d'obtenir à volonté ni l'une ni l'autre.

L'une et l'autre sont oubliés avec une extrême rapidité.

Le monologue n'est que la répétition intégrale de ce que disent les voix.

Il n'y a ni hallucinations psychomotrices, ni hallucinations psychiques.

Le malade déclare ne pas comprendre ce qu'il dit sous la dictée des voix, ses néologismes notamment.

L'hallucination coïncide dans le temps avec le monologue; tout se passe, soit comme si le malade percevait *simultanément* la voix extérieure, ses mouvements des articulations et sa propre voix; soit comme si l'hallucination auditive, la perception préalable de ses énormes néologismes était *instantanée*; soit enfin comme si l'hallucination auditive *n'existait pas*.

Quelle est la fréquence de ces faits et quelle est l'importance de l'élément moteur dans l'histoire des hallucinations auditives verbales, mouvements des lèvres, émission, avouée ou non, des mots que le malade dit percevoir?

Peut-on concevoir l'hallucination auditive verbale pure, l'hallucination psycho-motrice, l'hallucination auditivo-motrice de Ségla comme de simples éléments d'une série de formes morbides obtenues par l'association, à doses variables, d'un trouble moteur et d'un trouble psycho-sensoriel?

La séance est levée à 5 h. 45.

Les secrétaires des séances,

P. JUQUELIER et RENÉ CHARPENTIER.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale.

Séance du 17 novembre 1919.

Présidence de M. le D^r SEMELAIGNE.

La Société clinique de médecine mentale a repris le cours de ses séances interrompues par la guerre.

Deux paralysies générales probables. 1° Hémiplegie spécifique ancienne; excitation maniaque récente; 2° délire ambitieux sans affaiblissement intellectuel. Présentation de malades. — MM. les D^{rs} Capgras et Beaudoin présentent trois malades :

L'une, atteinte subitement, il y a deux mois, d'un accès d'excitation maniaque avec quelques idées ambitieuses incohérentes, présente, depuis quatre ans, une hémiplegie syphilitique traitée depuis deux ans par des séries d'injections de novarsénobenzol.

La seconde offre des idées délirantes ambitieuses fixes sans affaiblissement intellectuel ni signes somatiques.

Les auteurs se rallient, surtout à cause de la lymphocytose céphalo-rachidienne, au diagnostic de paralysie générale; ils l'éliminent au contraire chez une troisième malade qui, offrant au cours d'un délire systématisé des signes pupillaires positifs, ne présente pas de réaction méningée.

Un cas de chorée de Huntington avec paralysie de la VII^e paire. Présentation de malade. — MM. les D^{rs} Colin et Mourgue insistent sur les points suivants : 1° pureté du type néologique (hérédité, début tardif, troubles mentaux à évolution progressive); 2° État mental caractérisé par de gros troubles de la mémoire d'évocation, de l'attention, des idées de persécution, l'instabilité excessive du caractère, difficulté de l'orientation; 3° paralysie du facial inférieur d'origine supranucléaire; 4° formule spéciale du liquide céphalo-rachi-

dien (lymphocytose, albumine, globuline, Wassermann négatif).

Alternance de symptômes chez un paralytique général. Présentation de malade. — MM. Leroy et Abély présentent un malade atteint de paralysie générale qui offre deux particularités intéressantes : 1° l'apparition du délire a coïncidé avec une amélioration considérable et subite de troubles moteurs accentués des membres inférieurs; 2° les troubles de la parole alternent avec une périodicité très nette avec les troubles moteurs des membres, de sorte que les uns s'atténuent ou disparaissent quand les autres s'intensifient et réciproquement. C'est une sorte d'état circulaire portant sur des troubles moteurs.

Délire mélancolique : au bout de cinq mois, apparition de syndrome paralytique. Présentation de malade. — MM. Colin et Sarazin montrent un malade qui, à la suite d'une longue période de préoccupations hypochondriaques, entre au Val-de-Grâce, puis à la section militaire de l'asile de Villejuif où les D^s Briand et Colin en font un déprimé mélancolique. Rien d'anormal dans son état jusqu'au 18 octobre, jour où éclatent deux ictus épileptiformes à la suite desquels apparaît le syndrome paralytique.

Le malade a, dans ses antécédents, un oncle paternel mort de paralysie générale en 1914. Son infection syphilitique remonte à 1906. Il présente un délire mégalo-mélancolique avec hallucinations de l'ouïe.

Diagnostic difficile de paralysie générale. Présentation de malade. — MM. Colin et Sarazin présentent un deuxième malade entré le 6 octobre pour agitation maniaque. On trouve de l'inégalité pupillaire, les réflexes lumineux ont disparu. La parole est embarrassée, l'écriture est tremblante, irrégulière, semée de fautes d'orthographe et offre toutes les caractéristiques de l'écriture des paralytiques généraux. Le malade est affaibli intellectuellement, désorienté. Au bout de quelques jours apparaissent des escarres dans la région sacrée et au talon gauche. M. Colin pense à la paralysie générale. Le Wassermann fait sur le liquide céphalo-rachidien est négatif. On ne trouve d'ailleurs ni lymphocytose ni hyperalbumine. En novembre, le malade s'améliore rapidement, seuls persistent les troubles pupillaires et des troubles de la mémoire se rapportant aux faits un peu antérieurs au 6 octobre.

Seul le temps fera le diagnostic de paralysie générale. Le malade est-il un maniaque avec troubles pupillaires préexistants? Dans ce cas, à quoi sont dus ses troubles trophiques?

Si le sujet avait subi un traitement antisyphilitique, l'évolution favorable des symptômes aurait pu faire croire chez lui à un résultat heureux de la thérapeutique dans la paralysie générale.

Syndrome d'hypertension intracrânienne. Écoulement de liquide céphalo-rachidien par le nez. Ependymite ventriculaire chronique? Mort par méningite purulente et épendymite purulente. Présentation de pièces. — M. P. Beaussart apporte des préparations et des pièces; il s'agit d'un homme de trente ans. Fièvre muqueuse à cinq ans; rhumatisme à dix ans; ictus apoplectiforme à vingt ans avec état comateux et confusionnel prolongé; même phénomène à vingt-trois ans. Grippe à vingt-six ans. Diminution de l'acuité visuelle avec décoloration papillaire. Céphalées, écoulement de liquide céphalo-rachidien par le nez à vingt-huit ans. Plusieurs ictus apoplectiformes en décembre 1913, à trente ans. Confusion mentale, méningite. Décès. Méningite purulente de la base à pneumocoques. Ependymite purulente des ventricules latéraux et du 3^e ventricule. Pas de dilatation des V. L. Encéphalite nécrosante localisée à la face interne des circonvolutions frontales; communication, V. L. et région ethmoïdale? L'auteur passe en revue les différentes publications d'écoulement de liquide céphalo-rachidien par les fosses nasales et essaie d'en analyser le mécanisme.

Syndrome d'hypertension intracrânienne. Amélioration naturelle des phénomènes encéphaliques et de l'acuité visuelle. — M. P. Beaussart rapporte un deuxième cas. Vers treize ans, céphalées, amblyopie totale transitoire. Poussées successives jusqu'à vingt ans avec adjonction de diminution progressive de l'acuité visuelle. A vingt ans, dérobement des jambes, émission involontaire d'urine, vertiges, crises épileptiformes. Atrophie papillaire. A vingt et un ans, cécité presque complète, puis régression progressive des phénomènes morbides. A vingt ans, retour à l'état normal, sauf une atrophie optique accusée, mais vision permettant une existence ordinaire. Dilatation de la selle turcique sans signes pituitaires.

Cinq cas d'hyperostose crânienne du type de la maladie de Paget. Présentation de pièces. — MM. A. Marie (de Villejuif) et L.-P. Pruvost présentent cinq cas d'hyperostose crânienne du type de la maladie de Paget (7 pièces osseuses et 7 radiographies) et posent la question des rapports possibles entre les troubles ostéopathiques et cérébropathiques qui peuvent coexister dans la maladie de Paget.

Formalités d'internement dans les asiles d'aliénés d'Alsace-

Lorraine pendant l'occupation allemande. — M. Courbon, médecin de l'asile de Stephansfeld, expose que dans les asiles d'Alsace-Lorraine les malades peuvent eux-mêmes demander leur placement. C'est la réalisation de ce qui a été depuis si longtemps demandé ici (placement spontané du projet Gérante). Les formalités de sortie sont réduites au minimum et le rôle du médecin traitant est prépondérant.

Etats mixtes et dégénérescence mentale. — MM. Hamel et Boivin envoient une observation intéressante et insistent sur le fait qu'on aurait classé ce cas dans la psychose maniaque dépressive, alors qu'il s'agit en réalité d'un délire de dégénéré suivant la formule de Magnan, à laquelle on tend de plus en plus à revenir, et cela avec juste raison.

BIBLIOGRAPHIE

Étude sur les délires à évolution démentielle précoce; par M^{me} L. Thuillier-Landry. Thèse Paris, 1916, 1 volume, 212 pages, Jouve, éditeur.

Sous ce titre, M^{me} Thuillier-Landry apporte une importante contribution à l'étude du problème nosologique des délires. Abordée par l'auteur sans idée préconçue, cette étude, patiente et prolongée, dégagée de toute préoccupation théorique, envisage seulement certaines variétés très limitées de délire.

Laissant de côté les délires chroniques non hallucinatoires et les délires chroniques hallucinatoires sans évolution démentielle, les délires aussi, indéfiniment stationnaires, qui s'accompagnent d'un affaiblissement intellectuel probable, mais léger, les cas, enfin, dans lesquels des idées délirantes nombreuses, mais mobiles, incohérentes, fugaces ou contradictoires ne ressemblent en rien à un délire vrai, M^{me} Thuillier-Landry s'attache à l'étude des psychoses dans lesquelles un système délirant plus ou moins riche et coordonné, mais du moins fixe et persistant, évolue vers un affaiblissement démentiel certain, analogue à celui que l'on observe dans l'hébéphréno-catatonie.

Dix-neuf observations personnelles, recueillies dans le service de M. Deny, à la Salpêtrière, et suivies pendant plusieurs années, sont la substance de cet intéressant travail.

Le caractère commun de ces délires est d'aboutir à un état démentiel. Leur systématisation est variable. Leur thème peut exprimer les conceptions les plus diverses : les plus fréquentes de ces conceptions sont les idées de persécution, idées de persécution physique, de transformations corporelles ou de possession, idées d'influence; on observe parfois aussi le sentiment de l'étrangeté et parfois des doutes sur la réalité du monde extérieur. Presque toujours d'ordre dépressif, au début, et de nature pénible, le délire, au cours de l'évolution démentielle, s'accompagne très souvent d'idées de grandeur.

Les convictions délirantes sont d'ordre tantôt interprétatif

ou intuitif, tantôt imagiatif, fréquemment même onirique. Elles s'accompagnent presque toujours d'hallucinations auditives et psychiques, de troubles cénesthésiques qui exercent une influence prédominante sur l'orientation du délire, quelquefois aussi d'hallucinations visuelles.

Dans presque tous ces cas, dès le début de l'affection, se manifestent « les petits signes de démence » : modifications primitives de l'affectivité et de l'activité volontaires qui, discrètes au début, finissent par leur aggravation constante et progressive, par passer au premier plan de la psychose. Plus tardifs sont les troubles intellectuels, surtout décelés par l'étude du langage oral et du langage écrit : néologismes, discordance du ton et des paroles, verbigération, salade de mots, déficit de la mémoire de fixation surtout en rapport avec la diminution de l'attention, etc. Parfois même, on note une véritable inertie intellectuelle. Le délire, alors, se fragmente, s'effrite, devient mobile et extravagant, ou bien s'efface et disparaît.

Dans toutes ces observations, l'évolution a été régulière, sans arrêt et sans rémission. Et même dans les cas exceptionnels qui présentèrent une légère sédation des troubles, la sédation fut de courte durée et l'aggravation progressive se poursuivait jusqu'à la démence.

Ces états délirants à évolution démentielle sont tous apparus entre trente-cinq et quarante ans environ, et, pour la plupart, chez des sujets à constitution antérieurement tarée.

L'auteur insiste, en terminant, sur la petite place occupée par le délire dans l'ensemble du syndrome : le délire n'en est pas toujours le premier symptôme ; les modifications de l'humeur, les troubles de l'affectivité et de la conduite le précèdent ou apparaissent en même temps que lui. Ce n'est qu'un des éléments d'une psychose très étendue ; il peut être considéré comme associé ou secondaire à un processus morbide frappant la vie psychique tout entière. Mais la nature même de ce processus nous échappe, et l'on ne saurait affirmer que ces délires paranoïdes, l'hébéphrénie et la catatonie sont des variétés d'une même affection.

Telle est la conclusion très réservée de M^{me} Thuillier-Landry. Soulignant l'insuffisance et la fragilité de toutes les conceptions nosologiques, l'auteur n'a pas voulu faire œuvre doctrinale, mais exposer, en dehors de toute préoccupation théorique, le résultat de ses recherches cliniques sur un des sujets les plus controversés et les plus difficiles de la médecine

mentale. Ce travail est une importante contribution à l'étude clinique et évolutive des Vésanies.

RENÉ CHARPENTIER.

Des impulsions systématisées dans l'ébriété, au point de vue clinique et médico-légal; par le Dr Henry Cullerre. Thèse de Paris, 1919, Jouve et C^{ie}, éditeurs.

Ce travail, de date récente, est riche de faits significatifs; ils sont exposés dans de nombreuses observations où l'on voit des sujets divers, réalisant au cours de l'ivresse des actes ou des séries d'actes délictueux, dangereux, qui, déterminés à chaque période ébrieuse par des états idéo-affectifs stéréotypés, réapparaissent sous la même forme, dans les mêmes conditions de brusquerie et d'irrésistibilité.

Si l'on cherche à ordonner, suivant leur importance, les causes de ces impulsions, on doit, suivant l'auteur, considérer la faiblesse intellectuelle et morale, soit congénitale, soit acquise, chez l'alcoolique chronique, comme la cause prédisposante et primordiale.

Selon nous, les termes de troubles de l'émotivité (« constitution émotive » innée ou acquise) caractériseraient mieux et plus largement cette prédisposition; ils s'accordent avec les faits bien étudiés, circonstanciés, qui justifient la valeur de cette première estimation pathogénique.

L'ivresse, intoxication passagère, intervient comme cause occasionnelle; elle met brusquement à jour certaines tendances émotionnelles et passionnelles qui ont été maîtrisées à l'état d'abstinence par les facteurs divers dont dépend l'inhibition volontaire, puis refoulées dans le sub-conscient; l'ivresse les libère et les amplifie brusquement; elles s'extériorisent en actions dont l'irrésistibilité, la stéréotypie et la nocivité sont les caractères principaux.

Ces faits montrent donc une fois de plus, avec netteté, le rôle considérable que s'attribuent, chez les prédisposés, les causes toxiques minimales.

L'auteur rappelle, du reste, qu'à l'occasion de certains phénomènes, surtout physiologiques, comme la menstruation, ou pathologiques, autres que l'ivresse éthylique, on peut voir l'ébauche ou la production de manifestations analogues à celles qu'il relate.

Cette thèse expose donc une variété très intéressante de l'ivresse pathologique, abordée, comme l'indique le Dr Henry Cullerre, dans plusieurs observations, mais dont aucune étude d'ensemble, dit-il, n'avait été faite.

Elle nous semble avoir certains points de contact avec ce que Legrain a décrit sous le nom de délires à éclipse, c'est-à-dire des états délirants aigus ou subaigus, récidivant avec les mêmes caractères, sous l'influence de la moindre cause occasionnelle, le plus souvent de l'alcool.

Lecture faite de toute la partie clinique, documentée et exposée avec soin, on attend avec intérêt les considérations médico-légales; car on pense bien que la fameuse question de la responsabilité y sera discutée ici, au point de vue des applications pratiques; et certes, le problème est complexe.

Ce chapitre a les mêmes qualités de précision; l'auteur présente, en un raccourci judicieux, les opinions classiques sur cette question et conclut: « 1° qu'il n'y a pas uniformité de doctrine en ce qui concerne l'imputabilité des habitants de la zone forestière; 2° que vis-à-vis d'eux, les sanctions judiciaires sont inefficaces contre la récidive; 3° que leur passage, en général de courte durée, dans les asiles d'aliénés, est tout aussi inopérant à ce même point de vue; que ces inconséquences ne peuvent disparaître que par la promulgation de mesures législatives spéciales et par la création d'établissements non moins spéciaux, par exemple, l'asile de sûreté préconisé par le professeur Dupré ».

Cette thèse débute par un juste hommage de reconnaissance filiale; elle a été inspirée, en effet, par l'éminent psychiatre, dont le savoir, l'expérience, les documents personnels ont été longuement utilisés.

GEORGES LERAT.

Proposiciones relativas al Porvenir de la Filosofia (Propositions relatives au devenir de la Philosophie), par le Dr José Ingenieros. 1 vol. in-8°; Buenos Aires, 1918.

Ce travail devait dans la pensée de l'auteur être lu devant l'Académie de philosophie et lettres de Buenos Aires pour sa réception dans cette compagnie. Ayant appris qu'il fallait, à la place de ces considérations philosophiques, faire l'éloge de son prédécesseur, M. Ingenieros, que je n'ai pas besoin de présenter

à nos lecteurs, publie simplement ce discours non prononcé. Il a bien les caractères de ces harangues académiques qui, forcément se tiennent dans les plus extrêmes généralités et peuvent se résumer en peu de mots.

La métaphysique est éternelle, seulement il y a une mauvaise et une bonne métaphysique. Toute métaphysique, qui est la philosophie, ne peut traiter que de ce qui ne relève pas de l'expérience humaine. Elle est bonne si elle ne contredit pas à celle-ci, elle est mauvaise si elle est démentie par les faits. C'est ce dernier cas qui est arrivé jusqu'ici. Il s'agit maintenant sur le résidu inexpliqué des sciences de bâtir un système logique harmonieux qui ne soit pas en opposition avec les sciences, résumé de l'expérience humaine. C'est cette condition qui rend seule légitime la métaphysique : « La métaphysique se propose de formuler des hypothèses non expérimentales (inexpérientiales) dans le domaine non expérimental. Les hypothèses scientifiques subordonnent leur légitimité à la démonstration expérimentale, qu'elles supposent d'avance possible ; les hypothèses métaphysiques aspirent seulement à être logiquement légitimes, sans qu'on puisse considérer comme possible la démonstration expérimentale ». On voit que M. Ingenieros place précisément dans ce que les Positivistes appellent l'Inconnaissable le domaine de la métaphysique, mais il admet contrairement à eux que l'on peut en parler légitimement.

Ce n'est pas la place d'une longue critique de cette conception. Je crois que si on étudiait psychologiquement les quelques formules (car elles sont peu nombreuses) qui jusqu'à présent forment le noyau des métaphysiques que les grands philosophes ont offertes à nos méditations, on verrait pourquoi elles repoussent toujours sous la même forme. On verrait ensuite, du moins il me semble, que ces formules sont des réponses à des questions posées en dehors du domaine où elles sont légitimes. Ce sont des réponses verbales à de pseudo-problèmes. Il ne me semble pas que M. Ingenieros ait aperçu ce caractère spécial de la métaphysique. Il serait bien à désirer, du moins on me permettra d'exprimer cette opinion personnelle, que pour l'établir vraiment l'on étudie à ce point de vue, *objectivement*, ces produits de l'espèce humaine que l'on appelle systèmes théologiques et métaphysiques, afin de séparer enfin la philosophie scientifique de ces philosophies illusoires. Il ne faut pas confondre en effet la philosophie avec la théologie ou la métaphysique. J'ai peur d'ailleurs que les imperfections de l'esprit

humain tendent toujours à faire renaître ces vieux systèmes revêtus de nouveaux mots et que la loi des trois états d'Auguste Comte n'ait été qu'une espérance de ce grand homme, puisque lui-même s'y est soustrait par sa « Politique positive ».

PH. CHASLIN.

Los debiles de espiritu (Les faibles d'esprit), par le Dr Angel A. Mascioka. *Thèse de doctorat* de Buenos Aires, in-8°. Buenos Aires, Imprimerie de la *Semana medica*, 1918.

Écrite dans un style clair, cette thèse est une excellente mise au point de la question. Elle comprend cinq chapitres : 1° sources de la dégénérescence de l'homme, où l'auteur passe en revue, d'après les classiques, les différentes causes de la faiblesse d'esprit : il insiste à la fois sur les causes pathologiques (syphilis, alcoolisme, tuberculose) et sur les causes sociales et économiques (misère, invalidité, mysticisme, relâchement des mœurs), qui d'ailleurs réagissent les unes sur les autres. Il rappelle que certaines anomalies, rares d'ailleurs, sont progressives, tandis que la généralité en est régressive; 2° stigmates psychiques de la dégénérescence et en particulier ceux du caractère; il montre les altérations des facultés mnésiques, éthiques et du jugement chez les dégénérés. L'éducation est quelquefois la seule ou la principale coupable; 3° il présente alors l'étude des signes physiques de la dégénérescence, la tendance aux impulsions, aux fugues, au vagabondage, la fatuité, l'instabilité de ces sujets. C'est parmi eux qu'il classe, d'après Wetterhoff, l'ex-tsar Nicolas II, dont il étudie le caractère; 4° au point de vue médico-légal, il distingue les débiles : a) utilisables, b) modifiables, c) non modifiables, tant au point de vue civil qu'au point de vue pénal. Pour ces derniers, il propose la réclusion indéfinie. Dans un cinquième et dernier chapitre, il passe en revue ce qui a été fait pour l'orthophrénopédie dans les différents pays, puis les règles de la pédagogie moderne de ces sujets, et enfin l'asile-colonie régional mixte de retardataires dû au Dr Cabred, et situé à Torres, près de Lujon, ouvert en 1915. Cet asile comprend des services d'admission, de curables, avec ateliers, école, gymnase, théâtre, chapelle; d'incurables, d'adultes travailleurs et d'infirmerie. L'open door y est employé; 479-malades y étaient hospitalisés au 31 décembre 1916; 52 sorties en un an, dont 17 par amé-

loration; 27,77 p. 100 des hospitalisés fréquentent l'école. L'éducation physique comprend, outre l'apprentissage professionnel, la bicyclette, l'équitation. Le budget s'est soldé par un excédent de recettes de 62,779 pesos 64. Les Argentins peuvent être fiers des résultats obtenus et cherchent à les augmenter par la création d'autres établissements analogues.

L. WAHL.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

C. DELRIEUX. Contribution à l'étude des psychoses émotionnelles. 54 pages in-8°. Thèse de Toulonse, 1919.

HERBERT O. ZERET. Die Nervosität als Problem des modernen Menschen. Ein Beitrag zur psychologischen Weltbetrachtung. 95 pages in-8°, Zurich, Orell Füssli, 1918.

RAFAEL BECKER. Die Nervosität bei den Juden. Ein Beitrag zur Rassenpsychiatrie für Aerzte und gebildete Laien. 32 pages in-8°. Zurich, Orell Füssli, 1919.

Association mutuelle des médecins aliénistes de France. Assemblée annuelle du 26 mai 1919. Broch. in-8° de 11 pages. Extrait des *Annales médico psychologiques*, n° d'octobre 1919.

PAUL VOIVKNEK et PAUL MARTIN. La guerre des gaz. Journal d'une ambulance Z. Preface de Paul Bourget. 1 vol. in-18 de 276 pages. Paris, la *Renaissance du Livre*, s. d.

A. LAUASSAGNE La verte vieillesse, 1 vol. in-8° de 387 pages. Lyon, Imprimerie A. Roy, 1919.

PAUL VERNET. L'Aliénation mentale chez les employés de chemin de fer (fréquence; formes, causes et dangers spéciaux, mesures préventives ou précautionnelles). 67 pages in-8°. Thèses de Nancy, 1919.

M. MINIKOW-KI. Etude sur la physiologie des circonvolutions rolandiques et pariétales, 71 pages in-8° avec figures. Extrait des *Archives suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, 1917.

— Experimenteller Beitrag zur Physiologie des Rückenmarks. 12 pages in-8° avec figures. Extrait des *Archives suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, 1919.

F. NAVILLE. Notice nécrologique sur le Dr Paul-Louis Ladame, de Genève, 12 pages in-8° avec portrait. Extrait des *Archives suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, 1919.

VARIÉTÉS

LE MARTYROLOGE DE LA MÉDECINE MENTALE

Encore un nom à ajouter à la liste des médecins victimes des aliénés. C'est celui du Dr James W. Markve, de New-York, frappé mortellement par un individu qui s'était évadé de l'asile où il était interné.

Ce nouveau meurtre a suscité une grande émotion dans le corps médical, et les principales Sociétés médicales de New-York en ont pris occasion de demander aux pouvoirs publics la revision des articles de loi qui règlent les questions relatives aux aliénés criminels.

Dans l'état actuel de la législation des Etats-Unis, l'internement de ces aliénés est à la discrétion entière des jurys et des juges qui les président et qui sont souverains, sans être aucunement obligés de tenir le moindre compte de l'avis des médecins experts, pour décider qu'un individu est aliéné ou non, et pour statuer sur leur sort. Il arrive qu'un jury après quelques minutes d'examen se prononce dans un sens contraire à celui d'experts dont l'examen s'est prolongé pendant des jours et des semaines. Il se présente même des cas qui sont à peine croyables. Ainsi tel jour le juge demande à l'individu : « Etes-vous aliéné ? » Et l'individu ayant répondu « non », le jury le déclare non aliéné. Une autre fois le jury se prononce dans le même sens parce que l'individu avait les yeux brillants, et que quiconque a les yeux brillants ne peut pas être aliéné.

C'est donc avec raison que tous les médecins compétents de l'Etat de New-York demandent instamment la revision d'une loi qui permet de régler de cette manière les graves questions de responsabilité en matière de maladie mentale. Ils réclament spécialement qu'un jury ne puisse se prononcer que d'après les conclusions d'experts commis par la justice.

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

M. le Dr PASTUREL, directeur-médecin de l'asile de Chezal-Benoît, est promu à la 3^e classe du cadre (nouveau régime, 16.000 francs), à dater du 1^{er} octobre 1919.

M. THOUREL, directeur administratif de l'asile d'aliénés de

Vaucluse, est élevé à la 1^{re} élasse de son grade (nouveau régime, 18.000 francs), à dater du 1^{er} octobre 1920.

M. le D^r ROGUES DE FURSAC, médecin en chef de 1^{re} classe (ancien régime), asile d'aliénés de Ville-Evrard, est élevé à la 1^{re} classe de son grade (nouveau régime, 18.000 francs), à dater du 1^{er} octobre 1919.

M. BLANCHIER, directeur administratif de l'asile de Ville-Evrard, est promu à la 1^{re} classe du cadre (nouveau régime, 18.000 francs), à dater du 1^{er} novembre 1919.

M. CACAUD, directeur administratif de l'asile de Clermont (Oise), est promu à la 1^{re} classe du cadre (16.000 francs), à dater du 1^{er} novembre 1919.

M. le D^r LÉVET, directeur-médecin de l'asile de la Charité-sur-Loire (Nièvre), est promu à la 1^{re} classe du cadre (nouveau régime, 16.000 francs), à dater du 1^{er} novembre 1919.

M. le D^r DIDE, directeur-médecin de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), est promu à la 1^{re} classe du cadre (nouveau régime, 16.000 francs), à dater du 1^{er} novembre 1919.

M. SIGALLAS, directeur adjoint de l'asile d'Aix, promu à la 1^{re} classe (nouveau régime, 16.000 francs), à dater du 1^{er} novembre 1919.

M. le D^r RAVIART, médecin chef de la clinique d'Esuermes, promu à la 1^{re} classe (16.000 francs), à dater du 1^{er} novembre 1919.

M. le D^r ALONBERT-GOGET, médecin chef de l'asile de Marseille, promu à la 1^{re} classe (16.000 francs), à dater du 1^{er} novembre 1919.

M. le D^r FENAYROU, directeur-médecin de l'asile de Rodez, promu à la 1^{re} classe (nouveau régime, 16.000 francs), à dater du 1^{er} novembre 1919.

M. le D^r LALANNE, médecin chef de l'asile de Maréville, promu à la 1^{re} classe (nouveau régime, 16.000 francs), à dater du 1^{er} novembre 1919.

M. le D^r TOY, médecin chef de l'asile d'Aix, promu à la 1^{re} classe (nouveau régime, 16.000 francs), à dater du 1^{er} novembre 1919.

M. le D^r SANTENOISE, médecin chef de l'asile de Saint-Ylie, promu à la 1^{re} classe (nouveau régime, 16.000 francs), à dater du 1^{er} novembre 1919.

M. le D^r MIGNOT, médecin chef de Charenton, promu à la 1^{re} classe (nouveau régime, 16.000 francs), à dater du 1^{er} novembre 1919.

M. le D^r CALMETTES, médecin adjoint de l'asile de Nauges, nommé sur place médecin chef (5^e classe, 12.000 francs). Arrêté du 19 novembre 1919).

M. le D^r RAMADIER, médecin directeur de l'asile de Blois,

est admis à faire valoir ses droits à la retraite, à dater du 15 décembre 1919.

M. le D^r BRUNET, médecin chef de l'asile de Mondevergues (Vaucluse), est promu à la 1^{re} classe du cadre (nouveau régime, 16.000 francs), à dater du 1^{er} janvier 1920.

M. le D^r RUDIET, directeur-médecin de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), est promu à la 1^{re} classe du cadre (nouveau régime, 18.000 francs), à dater du 1^{er} janvier 1920.

M^{lle} le D^r PASCAL, médecin adjoint en disponibilité est nommée médecin en chef de l'asile de Prémontré (Aisne), 5^e classe du cadre (nouveau régime, 12.000 francs). Arrêté du 17 janvier 1920.

M. le D^r GENIL-PERRIN, est nommé médecin adjoint de l'asile de Moisselles, 2^e classe (nouveau régime, 9.400 francs), par arrêté du 19 janvier 1920.

M. le D^r BOUDARD, médecin adjoint de l'asile public d'aliénés de Breuty-la-Couronne, est nommé médecin adjoint de l'asile public d'aliénés de Blois et promu à la 1^{re} classe du cadre (10.200 francs). Arrêté du 29 janvier 1920.

M. le D^r MAHON, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Mont-de-Marsan, est élevé à la 1^{re} classe du cadre (nouveau régime, 16.000 francs), à dater du 1^{er} février 1920.

M. le D^r OLIVIER, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Blois, est nommé directeur-médecin de cet établissement et promu à la 5^e classe du cadre (nouveau régime, 12.000 francs). Arrêté du 2 février 1920.

M. le D^r GUICHARD, médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Saint-Pons, est promu à la 1^{re} classe (nouveau régime, 10.200 francs), à dater du 1^{er} mai 1920. Arrêté du 12 avril 1920.

M. le D^r FOUQUE, médecin adjoint à la colonie familiale de Dun-sur-Auron, est nommé médecin adjoint de l'asile public d'aliénés de Pierrefeu (Var) au traitement de 10.200 francs, déterminé par le décret du 10 octobre 1919. Arrêté du 15 avril 1920.

M. le D^r BEAUDOIN, interne à l'asile public d'aliénés de Maison-Blanche, est nommé médecin adjoint de l'asile public d'aliénés de Breuty-la-Couronne (Charente) au traitement de 7.800 francs, déterminé par le décret du 10 octobre 1919.

MM. VALLON, ANGLADE, LALANNE ont été élus membres titulaires de la Commission de discipline au ministère de l'Intérieur et M. MIGNOT, membre suppléant. ■

MUTATIONS DANS LES ASILES DE LA SEINE

M. le D^r MARIE est nommé médecin en chef de la consultation à l'asile clinique (Sainte-Anne).

M. le D^r LWOFF est nommé médecin en chef de l'asile de Villejuif.

M. le D^r LEROY est nommé médecin en chef à l'asile de Maison-Blanche.

M. le D^r TRUELIE est nommé médecin en chef de la division des femmes à l'asile de Ville-Evrard.

NÉCROLOGIE

Nous apprenons avec le plus vif regret la mort de M. le D^r JULES VOISIN, médecin honoraire de la Salpêtrière; de M. le D^r BLANCHIER, ancien sénateur, directeur administratif de l'asile de Ville-Evrard; de M. le D^r LEVASSORT, médecin en chef de l'asile du Bon-Sauveur, à Caen.

LE CONCOURS D'ADJUVAT DE 1920

Ce concours s'est ouvert le 8 mars sous la présidence de M. Rondel, inspecteur général des services administratifs, suppléé pour les dernières séances par son collègue M. le D^r Decuide.

Le jury se composait ainsi :

Membres titulaires : M. le D^r LÉPINE (JEAN), professeur de clinique des maladies mentales et nerveuses à la Faculté de médecine de Lyon; M. le D^r PFERSDORF, professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine de Strasbourg; M. le D^r DAMAYE, médecin directeur de l'asile d'aliénés de la Rochesur-Yon (Vendée); M. le D^r TISSOT, médecin directeur de l'asile d'aliénés d'Auch (Gers); M. le D^r CHOUREAUX, médecin chef de l'asile d'aliénés de Lommelet (Nord); M. le D^r COLIN, médecin chef de l'asile d'aliénés de Villejuif (Seine).

Membres suppléants : M. le D^r GUIARD, médecin directeur de l'asile d'aliénés de Limoges (Haute-Vienne); M. le D^r MIGNOT, médecin chef de l'asile d'aliénés de Charenton (Seine).

Vingt places étaient à pourvoir. Le concours s'est terminé le 24 mars par les nominations suivantes par ordre de mérite : 36 candidats étaient inscrits, 34 se sont présentés et ont été admissibles à subir les épreuves définitives; 33 ont pris part à ces épreuves. Ont été nommés par ordre de mérite :

Section des asiles publics (Concours A).

1, Beaudoin; 2, Pignède; 3, Gilles; 4, Piquemal; 5, Quercy; 6, Abély; 7, Raynier; 8, Gouriou; 9, Seringes; 10, Bonhomme; 11, Lautier; 12, Pruvost; 13, M^{lle} Boudierlique; 14, Renaux; 15, Seugès; 16, Mourgue; 17, Livet; 18, Beaurain; 19, Eissen; 20, Saquet.

Par délibération spéciale, le jury a désigné comme pouvant être titularisés par le ministère (si les règlements le permettent): 21, Borel; 22, Morel-Kahn.

Section des asiles privés (Concours B).

1, Courjon; 2, Vian; 3, Chaumier; 4, de Mourgues; 5, Montibert.

CRÉATION D'UN COMITÉ D'HYGIÈNE MENTALE

Le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales,

Arrête :

ARTICLE PREMIER. — Il est institué au ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales un Comité d'hygiène mentale.

ART. 2. — Ce Comité est chargé d'étudier, au point de vue technique, toutes les questions relevant de l'hygiène, de la psychiatrie et de la psycho-physiologie appliquées aux diverses activités sociales. Dans ce domaine, il poursuivra la mise au point des méthodes, coordonnera les efforts, suscitera et encouragera les initiatives, proposera les moyens de réalisation, propagera les notions et conseils utiles.

Notamment, il recherchera les moyens médicaux et sociaux les plus efficaces d'organiser la prophylaxie et le traitement des troubles mentaux.

En outre, il examinera les divers moyens de sélection sociale d'après les aptitudes, notamment des écoliers et des travailleurs chargés d'un service intéressant la sécurité publique.

ART. 3. — Le Comité est ainsi composé :

M. le D^r Dron, sénateur du Nord, maire de Tourcoing, président ;

M. le Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques ;

M. le Chef du Service des Aliénés de la Préfecture de la Seine ;

M. le Président et le rapporteur de la troisième commission du Conseil général de la Seine ;

Quatre membres élus par la Société médicale des asiles de la Seine : (MM. Colin, Truelle, Capgras, Jaquélier).

Trois membres élus par la Société amicale des médecins des asiles publics d'aliénés : (MM. Anglade, Lalaune, Tissot).

M. le D^r André Broca, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ;

M. Brunet, conseiller municipal de Paris ;

M. Le Chatelier, professeur à la Faculté des sciences de Paris ;

M. le D^r Doizy, ancien président de la Commission de l'Hygiène publique ;

M. le D^r George Dumas, professeur à la Faculté des lettres de Paris, médecin chef de l'hospice de Sainte-Anne ;

M. le D^r Dupré, professeur à la Faculté de médecine, médecin chef de l'infirmerie du dépôt de la Préfecture de la Seine ;

M. le D^r Imbert, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ;

M. le D^r Pierre Janet, professeur de psychologie expérimentale au Collège de France ;

M. le D^r Klippel, médecin de l'hôpital Tenon ;

M. le D^r Langlois, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ;

M. le D^r Lapicque, professeur de physiologie à la Faculté des Sciences ;

M. Legendre, préparateur de physiologie au Muséum national ;

M. le D^r Mignot, médecin chef de la maison de santé de Saint-Maurice ;

M. le D^r Papillaut, professeur à l'Ecole d'anthropologie ;

M. Piéron, directeur du laboratoire de psychologie physiologique de l'Ecole des Hautes-Etudes ;

M. le D^r Roubinovitch, médecin de l'hôpital de Bicêtre ;

M. le D^r Roussy, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ;

M. le D^r Séglas, médecin de l'hospice de la Salpêtrière ;

M. Sellier, conseiller général de la Seine ;

M. le D^r Toulouse, directeur du laboratoire de psychologie expérimentale de l'Ecole des Hautes-Etudes, médecin chef de l'asile de Villejuif.

M. le D^r Auguste Marie, médecin en chef de l'asile clinique (Sainte-Anne) ;

M. le D^r Legrain, médecin en chef de l'asile de Villejuif ;

M. le D^r Colin, médecin en chef de l'asile de Villejuif ;

M. le D^r Truelle, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard ;

M. le D^r Capgras, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche ;

M. le D^r Juquelier, médecin en chef de l'asile de Vaucluse ;
 M. le D^r Anglade, médecin en chef de l'asile de Bordeaux ;
 M. le D^r Lalanne, médecin en chef de l'asile de Maréville ;
 M. le D^r Tissot, médecin en chef de l'asile du Bon-Sauveur,
 à Caen.

Paris, le 12 avril 1920.

Signé : J.-L. BRETON.

DÉCRET PORTANT RÉGLEMENT DU CONCOURS POUR L'EMPLOI
 DE MÉDECINS EN CHEF DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE
 LA SEINE.

Le Président de la République française,
 Sur la proposition du ministre de l'Hygiène, de l'Assistance
 et de la Prévoyance sociales,

Vu la loi du 30 juin 1838, l'ordonnance du 18 décembre 1839
 et le décret du 12 décembre 1907 ;

Vu la délibération de la Commission spéciale des médecins
 des asiles en date du 16 décembre 1919 ;

Vu l'avis de M. le Préfet de la Seine en date du 3 février 1920 ;

Vu l'avis du Comité des inspecteurs généraux en date du
 14 février 1920,

Décète :

ARTICLE PREMIER. — Un concours sera ouvert toutes les
 fois qu'il y aura lieu de pourvoir à un ou plusieurs postes de
 directeur-médecin ou de médecin en chef des asiles publics
 d'aliénés du département de la Seine, c'est-à-dire des asiles
 Clinique (Sainte-Anne), de Villejuif, de Vaucluse, de Ville-
 Evrard, de Maison-Blanche et de Moisselles.

Par mesure transitoire et par analogie avec l'article 2 du
 décret du 12 décembre 1907, un poste sur trois sera réservé au
 fur et à mesure des vacances dans les asiles de la Seine, aux
 directeurs-médecins des colonies familiales et asiles agricoles de
 la Seine, actuellement en fonctions et comptant à ce titre, au
 1^{er} janvier 1920, dix années de services non interrompus.

ART. 2. — Les concours dont les opérations s'effectueront à
 Paris, par les soins du préfet de la Seine, seront annoncés au
 moins deux mois à l'avance par une insertion au *Journal officiel*.

ART. 3. — Sont admis à prendre part au concours les seuls
 médecins du cadre des asiles publics remplissant, au moment
 de leur inscription, les conditions suivantes :

Pour les directeurs médecins et médecins en chef, être âgés
 de moins de cinquante ans révolus ;

Pour les médecins adjoints, avoir six ans de services effectifs
 dans leur grade.

ART. 4. — Les candidats qui désirent prendre part au

concours doivent se présenter à la préfecture de la Seine (direction des affaires départementales, service des aliénés, 1^{er} Bureau, rue Lobau, 2, Paris), pour obtenir leur inscription, en déposant les certificats ou diplômes constatant qu'ils remplissent les conditions d'exercice prescrites à l'article 3.

Les candidats absents de Paris ou empêchés peuvent demander leur inscription par lettre recommandée. Toute demande d'inscription faite après le jour fixé pour la clôture des inscriptions ne peut être accueillie.

ART. 5. — La liste des candidats admis à prendre part au concours est close trois semaines avant la date d'ouverture du concours et arrêtée par le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, après avis du préfet de la Seine.

ART. 6. — Dès que la liste des candidats est close, les membres du jury qui doivent être ainsi désignés, conformément aux dispositions de l'article 7, sont tirés au sort par les soins d'une Commission composée d'un inspecteur général des services administratifs du ministère de l'Intérieur, président; d'un délégué du préfet de la Seine et de deux membres délégués par la Commission de surveillance des asiles publics d'aliénés du département.

Chaque candidat peut se présenter à la préfecture de la Seine pour connaître la composition du jury.

ART. 7. — Le jury est composé comme suit :

Un inspecteur général des services administratifs du ministère de l'Intérieur, nommé par le ministre, président.

Trois médecins en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine parmi lesquels pourra figurer le professeur de clinique des maladies mentales faisant fonctions de médecin chef à l'asile clinique Sainte-Anne.

Un médecin en chef appartenant soit à la Maison nationale de santé, soit aux quartiers d'hospice de Bicêtre ou de la Salpêtrière, soit à l'Infirmerie spéciale près la préfecture de police.

Deux directeurs-médecins ou médecins en chef du cadre des asiles publics d'aliénés en fonctions dans les départements autres que celui de la Seine.

Deux suppléants, dont l'un parmi les directeurs-médecins et médecins en chef des asiles de la Seine, l'autre parmi les directeurs-médecins ou médecins en chef du cadre en fonctions dans d'autres départements que la Seine.

Les listes des médecins parmi lesquels sont tirés au sort les membres du jury sont arrêtées par le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, sur la proposition du directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, après avis du préfet, et doivent comprendre tous les médecins des asiles de la Seine et tous les médecins des asiles de province n'ayant pas

fait acte de candidat, comptant au moins cinq ans de grade et n'ayant pas pris part aux opérations du précédent concours; aucun juge, sauf le président, ne pouvant faire partie de deux jurys consécutifs.

Sont adjoints au jury, avec voix consultative :

Le chef du service des aliénés de la préfecture de la Seine et le chef du 1^{er} Bureau de la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

En outre, un secrétaire administratif est désigné, par arrêté préfectoral, pour assister le jury dans les diverses opérations du concours.

ART. 8. — Si un membre du jury, pour un motif quelconque, ne peut assister à une séance du concours, il ne pourra plus continuer à siéger dans le jury dudit concours, mais le jury devra, pour délibérer, être composé de cinq membres au moins.

ART. 9. — Les épreuves du concours sont ainsi réglées :

1^o Une épreuve orale (clinique, traitement, assistance) sur deux malades de sexe différent d'un service d'aliénés. Le candidat aura une heure et demie pour l'examen des deux malades, une heure de réflexion et une heure pour l'exposé;

2^o Une épreuve écrite, sous forme de rapport médico-légal, sur un malade d'un service d'aliénés. Le dossier administratif sera mis à la disposition du candidat, auquel il sera accordé une heure pour l'examen et deux heures pour la rédaction du rapport. Des livres, dont la liste sera arrêtée par le jury, pourront être mis à la disposition des candidats;

3^o Une épreuve de titres et travaux scientifiques, dont la liste et les documents justificatifs seront remis au jury avant l'ouverture du concours. Les titres et travaux seront l'objet, de la part de chacun des candidats, d'un exposé oral d'une durée maxima de trente minutes;

Une note spéciale sera réservée aux états de services.

Les points de l'épreuve de titres de travaux scientifiques, ainsi que la note d'états de services, seront donnés au début du concours.

ART. 10. — Le maximum des points à attribuer à chacune des épreuves est ainsi fixé :

Etats de services	10 points.
Titres, travaux scientifiques	40 —
Epreuve orale	20 —
Epreuve écrite	30 —

ART. 11. — La police générale du concours est confiée au

jury, qui détermine notamment les règles à appliquer au choix des compositions, à la lecture et à la remise des copies, désigne les services où doivent être subies les épreuves cliniques, fixe le choix des malades qui seront l'objet de ces épreuves, et prend toutes dispositions utiles pour assurer la régularité et la sincérité du concours.

ART. 12. — En dehors du jury et du secrétaire administratif, sont seuls admis dans les locaux consacrés aux épreuves écrites les candidats appelés à prendre part au concours. Les épreuves orales sont publiques.

ART. 13. — A la fin de chaque séance, il est donné publiquement connaissance aux candidats du nombre de points qui leur sont attribués.

ART. 14. — Les candidats qui ont subi avec succès les épreuves du concours sont, en cas de plusieurs places vacantes, classés par le jury dans l'ordre de mérite. De toute façon, ils prennent rang dans les asiles de la Seine à la suite des directeurs-médecins et médecins en chef déjà en fonctions dans ces établissements et font choix des places à pourvoir suivant leur ordre de classement.

ART. 15. — Les arrêtés préfectoraux investissant les intéressés de leurs fonctions, les arrêtés ministériels déterminant le traitement à leur allouer et la date de leur entrée en fonctions, sont pris dans les mêmes formes que les arrêtés relatifs aux médecins des asiles des autres départements.

ART. 16. — Les frais du concours sont à la charge du département de la Seine.

ART. 17. — Par mesure transitoire, et seulement pour les deux concours qui suivront la promulgation du présent décret, il est institué une épreuve de titres et états de services militaires à laquelle il sera attribué un maximum de 10 points.

ART. 18. — Sont abrogés le décret du 12 décembre 1907 et toutes dispositions contraires au présent décret.

ART. 19. — Le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales est chargé de l'exécution du présent décret.

P. DESCHANEL.

C'est le 15 juin prochain que s'ouvrira le prochain concours pour la première application de ce décret; il y aura trois postes à pourvoir.

ÉTRANGER

Congrès jubilaire de la Société de médecine mentale de Belgique (Gand-Bruxelles, 25-26 septembre 1920). Cinquantième anniversaire de sa fondation. — Ce Congrès aura lieu sous la présidence d'honneur de MM. Destrée, ministre des Sciences et Arts; Renkin, ministre de l'Intérieur; Vandervelde, ministre de la Justice, et la vice-présidence d'honneur de MM. H. Doin, directeur général au ministère de la Justice; et Glorieux, inspecteur général des asiles et colonies d'aliénés du royaume.

I. — Rapports.

1^o Les psychoses traumatiques, par M. le D^r Hoven, médecin à la colonie de Lierneux.

2^o Séméiologie psychologique de l'affectivité par MM. les D^{rs} Decroly, professeur à l'Université de Bruxelles, et Vermeulen, médecin à la colonie de Ghell.

II. — Eloge de Guislain, par M. le D^r P. Masoin, médecin chef de l'asile de Dax, membre de l'Académie de médecine.

III. — Communications originales sur les sujets de neuro-psychiatrie. Démonstration de pièces anatomiques ou de préparations microscopiques.

Prière d'envoyer les adhésions au D^r Hoven, secrétaire général, médecin à la colonie d'aliénés de Lierneux.

Il vient de s'ouvrir cette année même à Berlin un Institut pour les recherches d'anatomie et de physiologie du système nerveux. Il porte le nom d'*Institut Empereur-Guillaume pour l'étude du cerveau* et est dirigé par O. Vogt (les fonds destinés à sa construction avaient été donnés par l'ex-empereur). L'organe officiel de cet Institut sera le *Journal für Psychologie und Neurologie*.

A signaler également la création à Munich, pendant la guerre (1918), de l'*Institut allemand de recherches psychiatriques*, institution nationale dirigée par Kraepelin. Cet établissement est divisé en sections (anatomie pathologique, sérologie et chimie, psychologie, statistique) dirigées par des spécialistes. Il tient des réunions périodiques où sont exposés les résultats des recherches.

Un nouveau périodique américain dirigé par B. Holmes (de Chicago), spécialement consacré à l'étude de la *démence précoce* (*Dementia præcox studies*), a été récemment créé.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique

On parle de la désaffectation de la Maison nationale de santé de Charenton. Le zèle est des plus louables de ceux qui réclament des pouponnières, des lycées ou des hôpitaux destinés aux tuberculeux curables : il est seulement singulier qu'il semble si naturel de sacrifier les aliénés pour accomplir toutes ces réformes.

L'incident de Saint-Maurice ne constituera peut-être qu'un fait isolé, et nous ne nous résignons pas encore à le considérer comme définitivement clos. Sur ce cas particulier, l'essentiel de ce qu'il fallait dire a été dit (1). La légitime émotion soulevée dans le monde des aliénistes à l'annonce de la mesure de désaffectation de la vieille et illustre maison de santé a été qualifiée de mauvaise humeur. Ce n'est cependant pas des aliénistes qu'il s'agit : l'installation d'une pouponnière à Saint-Mau-

(1) Voir, p. 286, l'ordre du jour voté par les sociétés professionnelles.

rice est caractéristique d'une tendance. Ceux qui nous dirigent, et qui se trouvent aux prises, il faut le reconnaître loyalement, avec des difficultés considérables, avec des problèmes exigeant une solution rapide, semblent avoir décidé que les aliénés sont toujours des non-valeurs sociales, et qu'on est autorisé à les tenir à l'étroit en confisquant les plus confortables de leurs asiles, où la population est un peu moins dense depuis quelques années, au profit d'autres catégories d'assistés ou des œuvres scolaires. Voilà ce qu'il faut déplorer.

Mais qui fera entendre les protestations nécessaires? Les aliénés eux-mêmes? Ils ne peuvent se défendre ni par la presse ni par le bulletin de vote. Les médecins qui les soignent? Ils ont été disqualifiés auprès de l'opinion publique par leurs propres malades, qui les considèrent souvent comme leurs pires ennemis. Les représentants officiels du corps médical? Les aliénistes de carrière les plus éminents forcent difficilement les portes de l'Académie et des Facultés. Lorsqu'il s'agit de disposer du sort de plusieurs milliers de psychopathes, les gens compétents n'ont pas de crédit et les gens accrédités ne sont pas compétents. Il nous faudrait pourtant essayer de réagir et de nous faire entendre. En me demandant d'écrire une chronique hâtive pour les lecteurs des *Annales*, dont les médecins des asiles de France constituent la majorité, notre rédacteur en chef a voulu que notre attention à tous fût attirée sur la nécessité de réfléchir aux moyens de défendre nos malades contre la vague de discrédit et de désintérêt qui les menace, et qui risque de submerger les trop minces progrès réalisés, depuis trente ans, dans le domaine de l'assistance aux aliénés.

Voici donc, en quelque sorte, le rapport introductif, comme on dit dans les grandes Commissions d'études, des travaux préliminaires : ceux qui, en quelques phrases,

posent la question sans la résoudre, mais en insistant sur l'urgence. En prenant soin des intérêts qui nous sont remis, nous ne nous montrerons pas plus orfèvres que les puériculteurs, les pédagogues ou les phthisiologues. Ceux-ci sont les champions de causes excellentes; dans les circonstances présentes, nous trouvons même bon qu'on les serve les premiers; mais qu'on nous permette de penser que l'excès et l'imprévoyance commencent avec notre dépossession.

*
*
*

Depuis que la grande guerre a pris fin et qu'il ne faut plus que recoudre, nous affectons volontiers d'être des gens pratiques et à qui les arguments de sentiment n'en imposent plus. Il ne convient donc pas de s'attarder ici au souvenir du passé de Charenton, célèbre dans l'histoire de la psychiatrie française; ou, si l'on envisage la question à un point de vue moins étroit, de demander aux détenteurs de l'autorité de se montrer pitoyables envers les malades de l'esprit. Une seule chose importe. Pour sacrifier si allègrement les intérêts des aliénés, il faudrait être sûr que, dans un très prochain avenir, on n'aura pas à regretter les mesures vers lesquelles on se hâte. Nous sommes quelques-uns à croire qu'on ne tardera pas à les regretter; et c'est sur ce point que nous demandons des avis et des documents à tous nos collègues.

La France a perdu, au cours de la guerre, 1.400.000 hommes adultes, dont la grande majorité était âgée de plus de dix-neuf ans et de moins de trente-quatre. Faut-il s'étonner, après cela, que le nombre des aliénés, dans les services d'hommes au moins, soit momentanément moins élevé qu'en 1914? Le ministère intéressé annonce qu'il dispose de 12.000 places vacantes

dans les asiles publics ; et c'est le grand argument par lequel on prétend justifier les prélèvements projetés sur les services d'aliénés au profit des autres services d'assistance. Sur ce point, tout d'abord, nous voudrions des précisions. Avant la guerre, certains établissements spéciaux hospitalisaient, par rapport à leur capacité, une population beaucoup trop élevée au point de vue de l'hygiène. Il était partout question d'agrandissements ou de créations d'asiles : nous ne sommes plus aussi exigeants ; mais, calcule-t-on les places vacantes d'après l'effectif le plus élevé des années antérieures à la guerre ou d'après l'effectif rationnel ? Or considère-t-on, comme des places réelles, les vides qui se sont produits dans les installations de fortune auxquelles on a eu recours au moment de l'exode des malades du Nord, en 1914 ?

D'autre part, dans la plupart des services de femmes, les malades étaient, dès avant 1914, sensiblement plus nombreuses que les malades des services d'hommes : l'écart s'est probablement accru ; mais, dans un asile public qui compte une population féminine dépassant de cent unités son effectif normal et qui dispose de 75 places d'hommes, compte-t-on 75 places vacantes ? Si oui, il sera généralement plus facile de désaffecter un quartier d'hommes, pour le consacrer aux femmes, que d'installer une crèche dans l'établissement.

Troisième éventualité, qui concerne plus particulièrement les asiles de la Seine. Pendant la guerre, des établissements ont été prêtés au Service de Santé militaire ou ont hospitalisé des aliénés étrangers. Par exemple, la division des hommes de l'asile de Vancluse n'a été évacuée qu'en juillet 1919 par les aliénés d'Ypres, et réaffectée le 1^{er} août à son emploi normal. Prévoyant sagement que son service de répartition des aliénés du département aurait besoin des 400 places ainsi devenues vacantes, la Préfecture de la Seine n'en a immédiate-

ment réoccupé que 80, avec des chroniques pour la plupart rapatriés de province; et, par petits paquets, les arrivants de Sainte-Anne ont grossi cet effectif. Aujourd'hui, la même division compte 280 pensionnaires, et, si l'on fait état des sorties, des transferts et des décès elle en a hospitalisé plus de 400 en onze mois. Pour combien de lits le ministère, dans sa liste des disponibilités, compte-t-il la division des hommes de l'asile de Vaucluse, et pour combien de temps croit-il que ces lits seront disponibles? S'il veut entendre l'humble avis du chef de service, l'effectif de 400 (déjà excessif, ce devrait être, théoriquement, 375) sera atteint avant le 31 décembre.

Le même raisonnement s'applique aux services de Maison-Blanche, et certainement aussi à quelques asiles de province qui ont été transformés, pendant la guerre, en hôpitaux militaires.

Que nos collègues recherchent donc les disponibilités réelles de leurs asiles. S'il y a, dans quelques-uns de ces asiles, une faible population, n'y a-t-il pas des excédents ailleurs? Et, en admettant même que la comparaison fasse ressortir aujourd'hui un nombre de lits vacants relativement élevé, ne doit-on pas attendre que l'équilibre soit partout rétabli pour estimer les besoins réels des services d'aliénés?

*
*
*

A cet égard, peut-on faire des prévisions?

Je vais donner ici mon opinion personnelle; et je demande à mes collègues de vouloir bien exprimer la leur, surtout à ceux des services d'hommes, puisque c'est le nombre des aliénés hommes qui a momentanément fléchi.

J'ai d'abord été frappé de l'activité de mon service

depuis sa réouverture. Pourtant, à l'exception d'une division de Ville-Evrard et du service spécial du D^r Henri Colin, tous les services d'hommes des asiles de la Seine fonctionnaient normalement lorsque Vaucluse a reçu ses premiers malades. En nous basant sur les mouvements d'avant-guerre, et le premier effectif des chroniques rapatriés étant entré en ligne de compte, nous pensions faire le plein en deux ans. Si la cadence actuelle ne se ralentit pas, c'est en moins de dix-huit mois que la division aura dépassé son contingent normal.

C'est que très probablement le passif de la guerre, en tant que facteur d'aliénation mentale, ne peut être dès à présent évalué. De 1915 à 1919, les entrées se sont, il est vrai, raréfiées dans les services d'hommes des asiles ; il est à craindre qu'il n'en soit plus ainsi à l'avenir. A beaucoup de psychopathes mobilisés, on a pu éviter l'internement au sens légal du terme : consigner durant des mois un militaire dans l'enceinte d'un hôpital dépendant de l'armée, ce n'est pas illégal, et cela ne nécessite pas un arrêté de séquestration. Mais les services dits de confus ou de « petits mentaux » (expression à laquelle on peut, entre parenthèses, attacher bien des significations, sauf une signification clinique) ont aujourd'hui disparu. Nous commençons à hériter de toute la partie de leur clientèle qui était, ou qui est devenue, prédisposée aux récidives : anciens commotionnés et anciens émotionnés, déséquilibrés à délires fugaces, intermittents à réactions modérées, infectés et intoxiqués à rechutes. Nous recevons les débiles instables et de volonté faible qui s'étaient accommodés de la discipline militaire, et à qui la liberté est néfaste. Ils sont redevenus les délinquants habituels que les experts excusent et que l'asile recueille. Nous recevons enfin, en proportion inquiétante, d'anciens combattants ou d'anciens prisonniers de guerre devenus

paralytiques généraux depuis leur démobilisation et qui souvent ont été syphilitisés entre 1910 et 1913.

En résumé, quelques indices ne nous permettent-ils pas de conjecturer que la diminution de la population internée en France n'aura été que tout à fait temporaire? Si l'on désaffecte aujourd'hui des établissements d'aliénés pour parer à des besoins considérés comme plus urgents, ne devra-t-on pas les remplacer demain?

* * *

A moins qu'il ne soit décrété que désormais les aliénés n'aurent plus droit qu'à une assistance d'ordre inférieur et qu'on n'aura aucun scrupule à les entasser pêle-mêle, en surnombre et loin de leurs parents, dans des locaux à tous égards insuffisants. On peut aller très loin dans cette voie : avec les méthodes modernes, il faut beaucoup d'infirmiers dans les asiles, et ce personnel coûte fort cher. Autrefois, avant Pinel, il y avait des cabanons et des chaînes; quelques *gardiens* suffisaient à assurer la surveillance d'une division de furieux, et c'était bien plus économique. Nous reconnaissons les premiers qu'il y a parmi nos aliénés des non-valeurs indéniables et pour lesquelles on fait trop de dépenses. Nous regrettons, avec ceux qui déplorent les conséquences de la vie chère, que l'entretien d'un idiot profond coûte de 12 à 15 francs par jour au département de la Seine. Mais sont-ce des considérations médicales qui président à l'heure actuelle à la sélection des malades traités à l'asile Sainte-Anne où le prix de journée est probablement le plus élevé de tous les asiles d'indigents de France? Ne demandons-nous pas précisément à tous les échos la séparation des aigus et des chroniques, des curables et des incurables? et, même dans les conditions défectueuses où nous fonctionnons,

n'étonnerions-nous pas par les résultats obtenus ceux qui croient, comme à un dogme, à l'incurabilité ordinaire de la folie?

Il y aurait encore bien à dire, sans parler de la stabilisation du statut des aliénistes, question qui intéresse pourtant les malades au premier chef. On fait valoir, pour justifier la désaffectation de certains établissements d'aliénés, que les constructions sont actuellement très chères et que, pour les œuvres urgentes, on prend son bien où on le trouve. Ainsi serait réglé le sort de Charenton, pensionnat réservé aux aliénés des classes moyennes perpétuellement sacrifiées, et qui ne faisait plus ses frais. Mais a-t-on réfléchi que les aliénés sont les seuls hospitalisés pour lesquels il serait impossible d'utiliser des constructions légères, économiques, improvisées ou non spécialisées? A-t-on cherché, d'autre part, à utiliser les innombrables formations militaires complètement aménagées, devenues disponibles depuis la paix? Et, si avant dix ans, contrairement aux prévisions à la mode, il faut absolument reprendre la question du septième asile de la région parisienne, ne regrettera-t-on pas amèrement Charenton?

P. JUQUELIER.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 26 JANVIER 1920

Présidence de MM. DUPAIN et TRÉNEL.

MM. Barbé, Bouhomme, Collet, Ducosté, Mignard et Vieux, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance.

La correspondance imprimée comprend le deuxième fascicule du tome II des travaux de l'Ambulance de l'Océan.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. le Dr Minkowski, médecin des services des confus militaires de Maison-Blanche et Ville-Evrard, qui demande à faire partie de la Société comme membre correspondant.

Commission : MM. Pactet, Leroy et Rogues de Fursac, rapporteur.

M. DUPAIN. — Mes chers Collègues, M. Ritti est décédé. C'est avec une émotion profonde que j'ai appris hier ce triste événement, trop tardivement pour que je puisse aller me joindre au groupe de ses amis, et m'incliner devant sa dépouille mortelle, dans un dernier adieu.

Suivant le désir du défunt, il n'y a eu ni faire-part, ni fleurs, ni couronnes, ni discours.

M. Ritti était membre titulaire de la Société médico-psychologique depuis le mois d'avril 1876 ; il avait été nommé secrétaire des séances la même année. Quatre ans plus tard, en 1880, il était secrétaire général. Depuis cette époque, réélu chaque fois, il s'acquittait de ses délicates et multiples fonctions avec un zèle et une activité que la mort seule a pu faire disparaître.

Depuis quarante ans, c'est la première fois que sa place reste inoccupée à cette cérémonie traditionnelle de l'installation du Bureau.

Il y a huit jours son absence fut remarquée à la séance de la Société clinique de médecine mentale, filiale de la vôtre, et dont il avait été l'un des fondateurs et Président. On croyait à une simple indisposition, et j'étais loin de penser que notre réunion de ce jour serait si funèbrement affectée par un deuil aussi cruel.

Il y a juste un an, au moment où je vous remerciais de l'honneur que vous m'aviez fait, ma joie était grande d'adresser mes premiers remerciements à M. Ritti. Il était né à Strasbourg, il venait de voir son pays natal délivré d'un odieux esclavage, et j'étais tout heureux de m'associer à son bonheur, et de le lui dire dans une cordiale étreinte.

Il n'est plus, l'homme aimable, le savant modeste et bienveillant, dont l'érudition était grande, dont la bonté était compatissante aux misères humaines.

Du plus profond de nos cœurs, nous tous, chers Collègues, nous adressons à M^{me} Ritti, compagne aimée de celui qui vient de disparaître, l'expression attristée de nos respectueux sentiments de condoléances, et puisse cet hommage apporter une atténuation consolatrice à sa grande douleur!

Messieurs, la séance est levée en signe de deuil.

Installation du Bureau.

M. DUPAIN, *président*. — Mes chers Collègues, il est d'usage que le président sortant vous donne un résumé de l'activité de votre Société pendant l'année qui vient de finir.

Vos séances furent abondamment pourvues; les communications relatives aux troubles mentaux de la guerre y tinrent naturellement une grande place.

Votre jeune secrétaire annuel, M. René Charpentier, vous a entretenus de « l'instabilité constitutionnelle dans les fugues délirantes, fugues survenues à l'occasion d'hallucinations auditives au cours de l'évolution de délires chroniques de persécution ».

M. Chavigny, à plusieurs séances, vous a apporté de nombreux documents sur la psychiatrie de guerre. Il cite des cas fort intéressants, et dans « Les petits états psychopathiques » attire l'attention sur la trace du sillon unguéal, et sur les services que l'étude de ce signe peut rendre en médecine légale. Dans une communication sur « L'expertise médico-légale de la confusion mentale, particulièrement en temps de guerre », M. Chavigny expose, avec des observations à l'appui, qu'au point de vue de la psychiatrie médico-légale, la confusion mentale comporte trois phases : phase prodromique, phase d'état, phase terminale. Sa communication sur « Les explosions du champ de bataille » vous a mis au courant d'expériences très ingénieusement conçues. Enfin, M. Chavigny vous a montré des « Ecrits d'aliénés » d'une curieuse originalité.

M. Capgras vous a intéressé par son observation d'un « Délire onirique émotif chez un jeune soldat » trouvé errant dans les rues d'Orléans.

M. Henri Beaudouin vous a parlé d'un « Délire de supposition avec idées de persécution non systématisées ». Puis, dans l'observation d'un « Homicide délirant », il vous a signalé la grave tare d'hérédité morbide similaire du meurtrier. M. Beaudouin vous a donné son résumé et ses conclusions sur « Les mesures de la tension artérielle au cours d'états dépressifs ».

MM. André Collin et Louis Boudon ont amené, à une de vos séances, une fillette de quinze ans, atteinte « d'idiotie mais présentant des déformations articulaires multiples avec rétrécissement mitral ».

MM. G. Demay et J.-B. Renaux ont eu l'occasion d'observer le cas singulier de « Refus d'obéissance d'origine délirante, conviction de l'irréalité de la guerre chez un combattant ». Ce soldat avait entendu le sifflement des balles, il avait vu des maisons détruites, et il croyait à une comédie, à une « fantasmagorie ». Il trouvait très inutile de prendre part à la garde dans les tranchées.

MM. E. Duhot et R. Targowla vous ont entretenu de « L'émotivité provoquée par un bombardement prolongé à obus toxiques ».

Vous avez écouté une observation peu commune de

M. Molin de Tessieu sur le « Brusque retour des souvenirs dans une amnésie rétrograde consécutive à un incident de guerre ». Aventure d'un soldat qui, sous l'influence d'un incident de nature émotionnelle, ayant fait une très courte période de confusion mentale onirique, fut interrogé sur son identité, au déclin même de l'épisode confusionnel, ses renseignements imprécis, mal traduits par un secrétaire inattentifs, aboutirent à la création d'un deuxième état civil.

M. Laiguel-Lavastine vous a remis une étude sur les mystiques contemplateurs qu'il propose de désigner sous le vocable de « Spéluncophiles ». L'histoire de ces mystiques se retrouve dans la *Légende Dorée* du dominicain Jacques de Voragine. Il s'agit de saint Antoine, de saint François d'Assise, de Marie de la Magdeleine, de sainte Pélasgie, de sainte Thaïs, pécheresse d'Egypte. Désabusée, et peut-être lassée des tendresses humaines, elle vint se jeter aux genoux de l'évêque Paphnuce, et mise en pénitence dans une cellule, sous sceau de plomb. Au bout de trois ans, Paphnuce, qui était en relations avec saint Antoine, lui parla de Thaïs, et ils autorisèrent enfin la pécheresse repentie à sortir de cellule et à vivre en communauté avec les autres sœurs du couvent.

M. Ducosté vous a apporté une note sur « les expertises psychologiques aux armées. » Parmi 109 rapports ou consultations écrites, 77 ont trait à des états morbides; près de la moitié des sujets étaient des débiles mentaux. M. Ducosté ne croit pas avoir vu de simulateurs. Il vous fait part de ses remarques sur les commotionnés hyperémotifs et à céphalées frontales et bi-temporales, sous forme de chocs ressentis à l'intérieur de la tête, chocs synchrones au pouls. M. Ducosté formule l'hypothèse que ces commotionnés sont des blessés du sympathique. A ce propos M. Piéron a rappelé ses recherches, faites avec M. Mairat, sur les commotions accompagnées de céphalées, et le signe de l'irritation trigémino-occipitale qui fournit un élément objectif important pour le contrôle de la céphalée.

« La confusion mentale commotionnelle » a fait l'objet d'une communication de M. Raymond Mallet. Communication des plus intéressantes sur les allures spéciales que revêt la confusion mentale chez les com-

battants qui ont été victimes d'une commotion véritable.

M. Génil-Perrin a fourni sa contribution par ses communications sur « Le facteur paranoïaque en criminalité de guerre » et ses deux observations de « Mythomanes en Conseil de guerre ».

MM. Leroy et Brousseau ont signalé à votre attention « Des états confusionnels récidivants chez un héréditaire, précédés, chaque fois, d'une période délirante avec amnésie, portant également sur la phase médico-légale ».

M. Raffégeau vous a fait part des bons résultats de l'emploi du « Luminal dans la thérapeutique de l'épilepsie. »

MM. Rogues de Fursac et Abély vous ont proposé l'application d'une nouvelle méthode pour « L'étude de l'attention ». Dans des séries de phrases écrites et disposées en vue de l'expérience, M. Rogues de Fursac invite le sujet à barrer tous les *a*, les uns après les autres, ou de deux en deux. Il note le temps de l'opération et le nombre des fautes ou erreurs commises. Inscrivant le temps sur la ligne des abscisses et les fautes sur des ordonnées, il construit ainsi des rectangles qui donnent la représentation graphique de l'attention du sujet en expérience.

L'anatomie pathologique a eu sa part dans vos travaux. MM. Laignel-Lavastine et Victor Ballet vous ont mis sous les yeux les pièces et les préparations histologiques d'un sarcome du centre ovale. MM. Laignel-Lavastine et Bonhomme, une tumeur cérébrale dont la découverte a été faite à l'autopsie, et M. Sarazin vous a montré une tumeur du lobe frontal grosse comme un œuf de poule, chez un malade du service de M. H. Colin à l'asile de Villejui. Les signes cliniques habituels des tumeurs cérébrales avaient fait défaut, ce qui donna lieu aux judicieuses remarques de M. Anglade.

L'examen anatomo-pathologique d'un cas de syndrome paralytique à trypanosomes. par MM. Henri Colin, Laignel-Lavastine et Mourgue, a été la conclusion de l'observation du malade présenté à la séance du 25 juillet 1918.

Ces communications scientifiques n'ont pas, seules, occupé vos instants. Est-il nécessaire de citer les lettres échangées entre les Sociétés médicales des pays alliés et la vôtre? Vous avez présentes à l'esprit les réponses de M. J. H. Steen, secrétaire général de l'Association médico-psychologique de la Grande-Bretagne et de l'Irlande, de M. le professeur Auguste Tamburini, président de la Société de phrénatrie italienne, de M. le D^r D'Hollander, secrétaire de la Société de médecine mentale de Belgique, professeur de psychiatrie à l'Université de Louvain.

Vous vous souvenez du cordial accueil, de la chaleureuse réception, faite à York, à votre ancien président M. Henri Colin, délégué pour vous représenter au Congrès annuel de l'Association médico-psychologique de la Grande-Bretagne et de l'Irlande. Le Président de cette Association, M. le D^r Bedford Pierce, superintendant de la retraite d'York, compte parmi vos membres associés étrangers, élu le 26 mai dernier.

Vous avez vu à vos séances M. le D^r Vernon Briggs, de Boston, et M. le D^r Wimmer, de Copenhague, qui vous a donné lecture d'une étude du plus haut intérêt.

Mes chers collègues, c'est avec un sentiment de tristesse que je prononce les noms de nos collègues disparus en l'année 1919 : MM. Tamburini (de Rome) et Ladame (de Genève), membres associés étrangers, et Levassort, membre correspondant.

Après avoir été reçu au concours de l'Adjuvat, Levassort était médecin en chef de l'asile du Bon-Sauveur de Caen. Ancien interne des asiles de la Seine, il avait été interne à Vancluse, avec MM. Perpère et Juquelier. Salle de garde joyeuse, exubérante de gaieté et aussi de travail, car il n'est pas nécessaire d'être morose pour être laborieux. Elèves vraiment collaborateurs de leurs maîtres, et dignes de leur succéder. Vous en avez la preuve.

Levassort était assidu à vos séances, il retrouvait des camarades, et ne comptait parmi vous que des amis. J'ai appris sa mort avant de savoir qu'il était malade, et j'en suis encore péniblement affecté. Votre Société a adressé à M^{me} Levassort l'hommage bien attristé de ses condoléances.

Durant l'année 1919, vous avez pourvu aux vacances de membres titulaires en donnant l'investiture à cinq de nos confrères en psychiatrie : MM. André Collin, Delmas, Devaux, Dupouy, Raymond Mallet.

Soyez les bienvenus, messieurs les titulaires.

Soyez les bienvenus messieurs les membres correspondants : MM. Revault d'Allonnes, Benon, Boudon, Frankhanser, Génil-Perrin, Halberstadt.

Vous vous souvenez, mes chers collègues, d'une communication envoyée par M. le D^r Eissen, médecin de l'asile de Stephansfeld. Première observation qui nous vient d'un asile d'Alsace-Lorraine, renouant ainsi, par votre Société, les relations psychiatriques entre les provinces reconquises et la mère patrie, suivant l'heureuse expression de M. Rognes de Fursac.

M. Trénel vous a lu une notice sur l'arrivée du premier directeur allemand à cet asile alsacien. Cet Allemand n'y est plus. Aujourd'hui des médecins des asiles de l'Orne, de l'Allier, de la Somme, de la Marne, de la Meurthe, du Jura, de concert avec des collègues alsaciens, réorganisent les services dans les asiles de la Moselle, du Haut-Rhin, du Bas-Rhin, à Sarreguemines, à Rouffach, à Stephansfeld ; tous en France. Et dans votre séance du 24 novembre 1919, au rapport de M. Trénel, par vos acclamations, vous avez élu *membre correspondant* M. le D^r Frankhauser, de Strasbourg.

Strasbourg ! votre Société avait formulé le vœu de réunir le prochain Congrès dans cette ville. Déjà, après la Marne, mon ami regretté Régis m'en avait parlé le premier. Au commencement de l'année écoulée vous avez renouvelé ce vœu. Je ne sais quelles difficultés matérielles survinrent... et cependant j'avais éprouvé une fierté, en mon âme française, à l'espérance d'aller en 1919 au Congrès des médecins aliénistes de France dans la capitale de l'Alsace, et, sans être contraint de passer la frontière, il m'eût été doux de revoir sur le portail de la Cathédrale les images de pierre des Vierges sages, sculptées par Sabine de Steinbach !

J'espère en cette année.

Maintenant, mes chers Collègues, je vais reprendre rang parmi vous. Je garderai mémoire de vos réunions où j'étais attentif à suivre vos débats, à donner la parole

à ceux d'entre vous qui levaient le doigt pour argumenter l'orateur. Ne croyez pas à une cyclothymie quelconque si après avoir goûté l'euphorie de la présidence une teinte de mélancolie vient mettre une grisaille sur ces chers souvenirs.

Lorsque je fais un retour vers le passé, regardant le chemin parcouru, j'aperçois mes visions de jeunesse, dont les lointaines images s'illuminent et me sourient du fond de la brume des ans.

Mes chers Collègues, merci du témoignage de sympathique estime dont vous avez voulu honorer ma carrière. Je vous en exprime ma reconnaissance, et bien sincèrement.

Au moment présent nous sommes tout émus de la perte de notre si cher secrétaire général ; combien il eût été heureux de voir à ses côtés M. Trénel prendre place à la présidence.

M. TRÉNEL. — Mes chers collègues, c'est avec une profonde émotion que je prends place à la présidence de notre société, car c'est à une époque mémorable que m'a appelé l'amitié de mes maîtres, de mes compagnons d'étude, de mes collègues.

Mais c'est aujourd'hui un triste jour ; et ma première parole doit être un salut à notre regretté secrétaire général. Il s'était donné tout entier à sa tâche ; il savait maintenir ferme les traditions vénérables de notre vieille société, et il le montra bien dans certaines circonstances sur lesquelles je ne veux pas insister.

Il m'eût été doux de me retrouver à ses côtés à mon retour des pays annexés, nous ne savons pas encore employer d'autre mot, nous les fils des annexés.

Après lui, permettez-moi d'adresser un souvenir aux chers amis qui ne sont pas revenus, Boissier, Libert et Vigouroux.

Après ces terribles années, une ère nouvelle de travail commence pour tous. Le travail est le plus digne hommage à rendre aux millions de héros obscurs tombés pour l'idée.

Un effort inlassable est nécessaire. Une seule pensée doit nous garder : Grandir encore le renom si grand de la France.

M. PACTET, vice-président, est invité à venir prendre place au bureau.

Rapport de candidature.

M. DELMAS. — Messieurs, vous avez chargé une Commission composée de MM. Deny, Roubinovitch, Mignot, Vurpas et Delmas, de vous présenter un rapport sur les candidatures de MM. Barbé, Bussart, Meuriot, Page et Revault d'Allonnes, qui sollicitent le titre de membre titulaire.

M. Barbé a été successivement nommé interne des hôpitaux, chef de clinique des maladies mentales, médecin des asiles et médecin aliéniste des hôpitaux de Paris. Il dirige actuellement un des quartiers d'hospice de Bicêtre.

Cette carrière hospitalière brillante et rapide lui a permis de dépenser une activité d'enseignement déjà très importante, aussi bien par les cours pratiques et théoriques qu'il a professés à la clinique de Sainte-Anne, que par les leçons qu'il a faites chez son maître le Professeur Janselme. Pendant le cours du semestre d'hiver actuel il continue cette activité par un cours libre à la Faculté de Médecine.

Dès 1906 M. Barbé a commencé à publier de nombreux travaux soit dans les diverses sociétés savantes, soit dans les périodiques, tantôt seul, tantôt en collaboration avec ses différents maîtres : MM. Janselme, Seglas, Deny, et G. Baliet. Sa thèse inaugurale, de 1908, est un important travail sur les dégénération secondaires du faisceau pyramidal. A la fois anatomo-pathologiste, clinicien et thérapeute, en neurologie et en psychiatrie, il a apporté des contributions importantes à l'étude de l'épilepsie, de la paralysie générale, de la démence précoce et de la psychose hallucinatoire chronique ; il a poursuivi des recherches intéressantes sur le liquide céphalo-rachidien dans divers états psychopathiques ; consacré quelques articles à des points d'histoire de la médecine et donné des revues générales sur la thérapeutique des maladies mentales.

Il a enfin rédigé une partie de la « Pratique psychia-

trique » en collaboration avec MM. Laignel-Lavastine et Delmas.

Dans tous ses travaux, il a apporté le soin et la précision d'un esprit à la fois érudit, divers et clair.

Au cours de la guerre, M. Barbé a dirigé des services neuro-psychiatriques militaires, et a su concilier à la fois le dévouement professionnel et l'intérêt scientifique. Nous lui devons à ce sujet, parmi d'autres publications, une étude importante sur les Attentats aux mœurs devant les conseils de guerre. Les services éminents qu'il a rendus à la médecine militaire lui ont valu la Légion d'honneur.

Membre de nombreuses sociétés savantes, notamment de la Société médicale des hôpitaux, de la Société de neurologie, de la Société de psychiatrie, le D^r Barbé est membre correspondant de notre Société depuis 1911.

Le D^r Bussard a été interne à la maison nationale de Saint-Maurice de 1900 à 1903. Il avait dès 1900 couronné ses études médicales par une thèse sur la « Contagion hospitalière de la fièvre typhoïde ».

Il a depuis publié un mémoire sur « les sorties provisoires à titre d'essai » qui lui a valu d'être lauréat de notre Société.

Après avoir été médecin adjoint à la maison de santé du D^r Accolas à Neuilly de 1903 à 1905, le D^r Bussard est devenu le collaborateur de notre estimé collègue le D^r Semelaigne à la maison de santé de Saint-James, de 1905 jusqu'en 1914.

En 1909 le D^r Bussard a été nommé, au concours, médecin adjoint des asiles, au titre privé.

An cours de la guerre, le D^r Bussard a été d'abord médecin aux armées, puis médecin au centre neuro-psychiatrique de Chaumont, et enfin appelé à la direction du centre de psychiatrie de Grenoble. Il a été chargé de très nombreuses expertises mentales devant les conseils de guerre, aussi bien pendant le temps qu'il a passé aux armées, que pendant son activité dans les centres spécialisés.

Déjà membre de la Société clinique de médecine mentale et membre correspondant de la Société de psychiatrie, le D^r Bussard est membre correspondant de notre Société depuis 1907.

Ajoutons que le D^r Bussard est actuellement médecin de l'établissement hydrothérapique de Bellevue.

Le D^r Henri Meuriot a été interne des hôpitaux de Paris et lauréat de la Faculté de médecine pour sa thèse (1903) qui traite des « hallucinations chez les obsédés ».

Quelques années après le D^r Meuriot assurait la direction administrative et médicale de l'importante maison de santé 17, rue Berton.

Au cours de la guerre, le D^r Meuriot a été médecin chef du centre neurologique de la 8^e région et expert près les conseils de guerre. Son activité dans le Service de santé lui a valu la Légion d'honneur.

Parmi les publications scientifiques du D^r H. Meuriot, nous citerons plus spécialement celles qu'il a consacrées avec le D^r Claude au « syndrome d'hypertension céphalo-rachidienne », et avec le D^r Lhermite au « traitement des contractions névropathiques des membres inférieurs ».

Le D^r H. Meuriot a en outre fait en collaboration avec le D^r Odilon Platon des recherches intéressantes sur l'anesthésie, en particulier sur l'anesthésie rachidienne.

Le D^r Page a été interne à la maison nationale de Saint-Maurice de 1898 à 1900. Après plusieurs travaux dont sa thèse inaugurale, qui date de 1901, consacrés à la médecine générale, le D^r Page a dès 1905 dirigé son activité vers la neuro-psychiatrie. Il a publié successivement des recherches sur « l'impulsion à faire des cadeaux », sur « les dangers de l'héroïne », et sur « les troubles digestifs dans leurs rapports avec les troubles nerveux et mentaux ». Puis viennent une série d'articles sur « la syphilis cérébrale héréditaire tardive » et une autre série sur « une antitoxine cérébrale ». Citons, enfin, un ouvrage sur « la toxémie neurasthénique ».

Au cours de la guerre le D^r Page a été d'abord médecin de régiment, puis médecin du centre psychiatrique de Bordeaux. Après avoir obtenu deux citations, il a été nommé chevalier de la Légion d'honneur au titre militaire. De sa pratique psychiatrique de guerre, le D^r Page a rapporté un article sur « les asthéniques de la guerre » publié en collaboration avec le D^r Gauckler.

Le D^r Page est membre correspondant de notre Société.

depuis 1908. Ajoutons que depuis de nombreuses années il dirige la maison de santé de Bellevue.

Le Dr d'Allonnes a suivi une voie qui amène de plus en plus des jeunes psychologues à la psychiatrie. Agrégé de philosophie en 1897, licencié ès sciences en 1906, docteur ès lettres en 1908, d'Allonnes s'est, au cours de ses études philosophiques, senti attiré vers la médecine mentale, a entrepris ses études médicales et a passé sa thèse de doctorat en médecine en 1912 avec un très important travail sur « l'affaiblissement intellectuel chez les déments ».

Chef de laboratoire à la clinique des maladies mentales, depuis 1905 jusqu'en 1912, secrétaire du *Journal de psychologie normale et pathologique*, il n'a pas cessé de poursuivre des recherches psychiatriques, et d'apporter des contributions nombreuses à la psychologie pathologique. Citons outre de nombreux articles parus notamment dans *La Presse médicale*, la *Revue philosophique* et le *Journal de psychologie*, son ouvrage sur « la psychologie d'une religion (théomanie) » et celui qu'il a consacré à Lamarck.

Au cours de la guerre le Dr d'Allonnes, engagé volontaire, a été successivement médecin de bataillon, médecin d'ambulance, et enfin, comme l'indiquait sa qualité de psychiatre, médecin du Centre neurologique de Marseille d'abord, médecin du centre neuro-psychiatrique de Paris ensuite.

Ajoutons que le Dr d'Allonnes est maintenant médecin directeur de l'importante maison de santé de Picpus, où il a succédé à notre regretté collègue le Dr Pottier.

Messieurs, en présence des titres des cinq candidats tels que nous venons de les résumer rapidement devant vous, l'embarras de votre Commission était assez grand pour arriver à faire un choix. Néanmoins, comme vous l'avez déléguée pour qu'elle vous apportât au moins des indications, elle a décidé de vous proposer pour les deux places vacantes : en première ligne, M. le Dr Barbé ; en deuxième ligne par ordre alphabétique, MM. les Drs Meriot et Revault d'Allonnes ; en troisième ligne M. le Dr Bussart ; en quatrième ligne, M. le Dr Page.

Election de deux membres titulaires.

Votants : 27.

Majorité absolue : 14.

Ont obtenu :

MM. Barbé.	21 voix
Revault d'Allonnes.	14 —
Meuriot.	10 —
Bussard.	5 —
Page.	2 —
1 bulletin blanc.	

MM. Barbé et Revault d'Allonnes ayant obtenu la majorité absolue des suffrages exprimés sont proclamés membres titulaires de la Société.

La Société décide d'inscrire à l'ordre du jour de sa séance de février l'élection d'un secrétaire général, à laquelle il sera procédé, si nulle circonstance ne s'y oppose.

Sur la réaction du psychisme supérieur aux blessures cranio-cérébrales localisées.

Par M. MIGNARD.

Je prie la Société de vouloir bien m'excuser si nous revenons aujourd'hui sur des observations déjà anciennes ; mais nous avons eu l'occasion d'étudier de nombreux blessés cranio-cérébraux à un moment particulièrement significatif de l'évolution de leur blessure ; ensuite nous avons eu l'honneur de poursuivre ces recherches sous la direction du professeur Grasset, et l'autorité de ce maître excellent nous encourage ; enfin les remarques faites en 1916 ont été le point de départ de discussions fort instructives, mais non peut-être définitivement concluantes, sur lesquelles, par conséquent, il n'est sans doute pas inutile de jeter un regard rétrospectif.

Aux armées, comme tous nos collègues, nous avons

été frappés du contraste, maintenant classique, entre certains commotionnés récents, sans blessures extérieures, présentant les symptômes psychiques et organiques les plus graves, et certains blessés cranio-cérébraux qui portent parfois une évidente perte de substance cérébrale avec une remarquable tolérance, psychique et organique.

Mais ce n'est pas à cette période que l'on peut facilement mettre en évidence les troubles psychiques qui résulteraient de la perte de substance cérébrale elle-même (lorsqu'il y a des troubles psychiques de quelque importance). A ce moment, en effet, les symptômes commotionnels dominent le tableau. Dans une période plus tardive, ce sont quelquefois des réactions secondaires, infectieuses ou cicatricielles, méningo-encéphalites ou scléroses, qui provoquent des troubles plus graves, dont l'évolution peut être démentielle. Entre ces deux périodes existe une période moyenne, durant laquelle la symptomatologie est réduite au minimum, parce que les signes de l'ébranlement commotionnel se sont atténués, s'ils n'ont pas disparu, et que ceux des réactions secondaires, cicatricielles ou inflammatoires, ne sont pas encore pleinement développés. C'est pendant cette période, relativement silencieuse, que l'on peut rechercher les troubles répondant à une lésion localisée du cerveau.

Le professeur Grasset (1) divisait les symptômes observés en deux groupes : les symptômes localisateurs, c'est-à-dire capables de désigner par eux-mêmes la région cérébrale atteinte, et les symptômes non localisateurs ou *atopiques*.

Sur les premiers, nous n'insisterons pas : on sait maintenant avec quelle netteté les scotomes du champ visuel permettent de dessiner la lésion correspondante de la région calcarine ; ce sont aussi les paralysies et anesthésies spéciales, qui désignent les régions voisines du sillon de Rolando, les astéréognosies, apraxies, agnosies qui paraissent indiquer le lobe pariétal, les

(1) Grasset. Les traumatismes cranio-cérébraux. *Réunion médico-chirurgicale de la XVI^e Région*, mai-juin 1916.

aphasies et paraphasies diverses, signes de blessures temporales et pariéto-temporales.

Depuis les remarquables travaux de MM. Pierre Marie et Béhague (1) nous connaissons aussi certains troubles de l'orientation symptomatique des lésions de la partie antérieure des lobes frontaux.

Les symptômes atopiques, ou non localisateurs, étaient ceux que l'on observait en quelque région que fût localisée la perte de substance cérébrale : c'étaient les crises convulsives de type comitialiforme, les vertiges, les céphalées, et un spécial syndrome psychique, que seul nous allons retenir.

Sans nous étendre longuement sur ce syndrome, étudié dans des publications antérieures (2), nous rappellerons seulement qu'il est essentiellement caractérisé, — lorsqu'il existe, car il n'existe pas toujours, — par un état de torpeur plus ou moins accentué mais de torpeur sans démence.

En effet, le malade, immobile et silencieux autant qu'il lui est possible, peut cependant manifester une remarquable conservation du sentiment, de l'intelligence et de la volonté. Il est souvent somnolent, mais il est capable d'éveil. Il semble apathique, parce qu'il évite les décharges émotionnelles, causes d'intolérables céphalées. Cependant, il est assez exposé à ces accidents par une habitude hyperémotivité. Mais surtout, — fait capital, — les sentiments supérieurs, les sentiments délicats, familiaux, sociaux, sont facilement mis en lumière. Le blessé est propre, il s'afflige d'être isolé par son infirmité, qui lui interdit plus ou moins la société de ses semblables ; il s'inquiète sur sa destinée et sur le sort de sa famille.

L'inactivité intellectuelle est coutumière ; tout effort d'attention fatigue le blessé et se trouve rapidement limité ; l'évocation des souvenirs est pénible et l'état de torpeur habituel rend leur fixation incertaine ; toute application un peu longue de l'intelligence, toute opération nécessitant une série de raisonne-

(1) Pierre Marie et P. Béhague. Syndrome de désorientation dans l'espace consécutif aux plaies profondes du lobe frontal. *Revue Neurologique*, janvier 1920.

(2) M. Mignard. Syndrome psychique atopique chez les blessés crânio-cérébraux. *Réunion médico-chirurgicale de la XVI^e Région*, 6 mai 1916.

Villaret et Mignard. Le syndrome psychique résiduel des traumatismes crânio-cérébraux de la guerre. *Paris médical*, septembre 1916. — Mignard. *Annales médico-psychologiques*, mars 1918.

ments un peu prolongés est rapidement suspendue. Et cependant, — réaction inverse de la réaction démentielle, — le jugement reste bon, droit, juste, souvent fin et perspicace.

Le blessé du cerveau présente tout l'aspect d'un aboulique. Il offre cette apparence parce qu'il fuit toute activité extérieure, d'où résultent bientôt une insupportable fatigue et de pénibles céphalées. Cependant, il sait bien ce qu'il veut, organise son avenir, et suit avec persévérance la décision une fois prise, qu'il peut d'ailleurs modifier selon les circonstances.

Nous devons donc nous en tenir à notre indication première : La lésion cérébrale, pourvu qu'elle soit suffisamment localisée, entraîne parfois des états de torpeur, mais de torpeur sans démence.

MM. Mairet et Piéron (1) ont proposé une interprétation particulière de ce syndrome. Ils ne le considèrent pas comme la manifestation d'une gêne de l'activité psychique occasionnée par les troubles résultant de la blessure localisée, perte de substance ou attrition des tissus, mais comme une persistance des symptômes commotionnels. MM. Pitres et Marchand (2), étudiant des symptômes du même ordre, aboutissent à des considérations analogues. Pour ces auteurs, les troubles mentaux de l'espèce de ceux que nous venons de considérer seraient la conséquence, non de lésions cérébrales circonscrites, mais de l'ébranlement massif de l'organe tout entier.

Il est possible, il est probable, qu'il y ait dans ces opinions une part importante de vérité et que, chez beaucoup de blessés du cerveau, la commotion intervienne pour expliquer les troubles des fonctions mentales. Mais suffit-elle à expliquer tous ces troubles chez tous les blessés que nous avons en vue?

Il est vrai que des mutilations cérébrales étendues ont été, dans certains cas, compatibles avec une étonnante reprise de l'activité psychique.

Dans le cas publié par Guépin (3), l'extirpation chirurgicale

(1) Mairet et Piéron. Les séquelles subjectives des traumatismes cranio-cérébraux et le syndrome commotionnel. *Presse médicale*, 26 septembre 1918.

(2) Pitres et Marchand. *Presse médicale*, 16 mai 1918.

(3) Guépin. Extirpation chirurgicale d'une masse importante de substance cérébrale. *Académie des Sciences*, 22 novembre 1915.

du tiers de l'hémisphère cérébral gauche permet une curieuse réadaptation à la vie normale. Dans celui de Tomasso Lucherini (1), c'est le lobe frontal droit qui subit une mutilation importante de sa partie antérieure. Le blessé a pu vivre ensuite sans présenter aucun trouble mental, aucun déficit appréciable. Plus récemment, Roger Glénard, Aimard et Barbé (2) observent un gros aérocèle traumatique du lobe frontal gauche, dont le porteur n'était pas, au moins pendant un temps, modifié d'une manière appréciable, ni au point de vue des fonctions physiques, ni à celui des fonctions mentales. Dans cette même Société, M. Raffegau (3) a présenté une intéressante note sur un cas de séton du crâne dans la région temporo-pariétale antérieure. La blessure, accompagnée de perte de substance, et qui avait déterminé des phénomènes d'aphasie et d'amnésie, a permis une bonne rééducation. Les tableaux et observations donnés par MM. Pierre Marie et Béhague dans l'article déjà cité sont aussi à consulter pour la possibilité qu'ils montrent d'une bonne réaction psychique générale, malgré le trouble plus spécialement étudié.

Il semble donc que, pour un temps tout au moins, certains blessés du cerveau puissent porter sans grand désordre ni déficit mental important des lésions parfois considérables, détruisant une certaine partie de l'écorce et de la substance sous-jacente. Dans d'autres cas, cependant, l'origine lésionnelle circonscrite du syndrome psychique atopique paraît pouvoir être établie en ce qu'il est lui-même secondaire, pour une part tout au moins, à des troubles nerveux spécifiquement déterminés par la blessure localisée, à des symptômes localisateurs. C'est ainsi que l'atteinte des régions cranio-cérébrales postérieures, plus ou moins rapprochées des centres utiles à la vision, nous a paru, dans plusieurs cas, prédisposer le blessé à l'hallucinosé visuelle, à l'onirisme et au cauchemar. Les lésions portant sur la région temporale, pariéto-temporale et dans le voisinage de ces régions entraînaient le syndrome étudié plus de deux

(1) Tomasso Lucherini. Sur une lésion traumatique du lobe frontal droit. *Il Policlinico sezione pratica*, novembre 1914.

(2) Roger Glénard et J. Aimard. Aérocele traumatique du cerveau. *Presse médicale*, 10 mars 1919. — Roger Glénard et Barbé. *Presse médicale*, 7 juillet 1919.

(3) Raffegau. Note sur un cas de séton du crâne par balle de mitrailleuse. *Société médico-psychologique*, 27 novembre 1916.

fois plus fréquemment que les autres et nous observions assez souvent une plus grande obnubilation intellectuelle ou des troubles prédominants de la mémoire. Parfois, nous pouvions saisir sur le fait l'aggravation que des reliquats d'aphasie portaient dans la gêne intellectuelle. Le symbole verbal faisant plus ou moins défaut, la pensée est secondairement troublée. Enfin, dans les symptômes étudiés comme résultant des blessures frontales antérieures, l'on a décrit, à côté des troubles de l'orientation dans l'espace, la scansion et la lenteur de la parole. Nous nous souvenons d'un soldat porteur d'une lésion frontale médiane et pénétrante qui présentait des troubles de ce genre très accusés. Or, la lenteur de l'expression entraînait nettement celle de la pensée, entravant, pour ainsi dire, l'activité du psychisme supérieur à laquelle elle causait les difficultés les plus grandes. Mais, dans tous ces cas, le psychisme manifeste son unité en réagissant d'une manière globale aux désordres partiels, et les symptômes particuliers ne se présentent que comme des nuances d'un syndrome plus général traduisant la gêne psychique réactionnelle aux lésions cérébrales, qu'elles soient commotionnelles ou localisées. Il se produit là quelque chose d'analogue à cet état mental particulier secondaire à l'aphasie que MM. Marie et Moutiers ont décrit, et dont Brissot a montré les différences avec une démence proprement dite. Il s'agit d'une sorte d'obnubilation paramnésique, et le psychisme manifeste encore son ingéniosité en s'efforçant de suppléer, par d'autres moyens, aux modes d'expression qui lui font défaut.

Si, dans un but de claire exposition, nous utilisons le célèbre schéma du professeur Grassot, nous pourrions dire ceci : tout se passe comme s'il nous était loisible de dessiner nombre de polygones à la surface du cerveau et à l'intérieur de cet organe, étant entendu que ces tracés symbolisent la réunion, par des connexions diverses, des centres de réflexion des réflexes supérieurs, dont les modifications influent sur la pensée, et qu'elle influence à son tour. Mais le centre O échappe à notre investigation d'une manière complète. L'explication la plus simple en est que ce terme exprimerait seulement par image une pure unité psychique, fonctionnelle,

agissant sur tout l'organisme nerveux, et en recevant l'action réciproque, mais sans y trouver aucune représentation anatomique nettement localisée ou circonscrite. L'on peut, il est vrai, penser aussi que cette unité exerce son action sur l'organisme par un point très limité dont la lésion, entraînant la mort, a empêché le repérage. On pourrait encore supposer qu'elle tient plus particulièrement sous sa dépendance des organes profondément situés, proches des centres nécessaires à la vie, et par là même incapables d'être étudiés fonctionnellement. Quoi qu'il en soit, l'on comprend ainsi que le psychisme réagisse plus gravement à des lésions discrètes, mais diffuses, de l'écorce cérébrale et des régions sous-jacentes, qu'à une perte de substance suffisamment localisée. Dans le deuxième cas, en effet, il est capable de trouver, en d'autres régions de l'écorce, une suppléance aux instruments perdus. Apparaît alors l'état mental particulier aux blessés du cerveau et à certains aphasiques. Dans le premier cas, au contraire, le trouble léger, mais global, apporté à tous les modes d'expression et d'impression qui conditionnent les rapports du psychisme avec le monde extérieur, le désordre ou le défaut de tous les repères, signes et symboles qui permettent son adaptation, finissent par le conduire à la réaction dementielle.

Nous ne nous étendrons pas ici vers les conséquences psychologiques et philosophiques de ces constatations et considérations. Nous penserons seulement que les rapports du psychisme et de l'organisme sont sans doute plus complexes qu'on ne l'a dit parfois au siècle dernier, sous l'influence plus ou moins indirecte des doctrines de Gall et de Cabanis. Mais qu'il nous soit permis d'indiquer combien les observations faites sur l'état mental des blessés du cerveau sont encourageantes pour le médecin. Elles nous montrent, en effet, que le cerveau est capable de suppléances, et que le psychisme sait, à défaut de certains instruments, tirer parti de certains autres. Ces remarques favorisent la tendance de la psychiatrie moderne vers la thérapeutique des maladies mentales, la physiothérapie, la psychothérapie et la rééducation.

DISCUSSION.

M. PIÉRON. — Dans la très intéressante étude de M. Mignard, il y a deux points, d'inégale importance, et qui ne sont pas d'ailleurs sans connexion, qui me paraissent devoir appeler quelques remarques.

Tout d'abord, en ce qui concerne le syndrome « atopique » de M. Grasset, qui désignerait l'ensemble des symptômes généraux relevant des lésions cérébrales, et indépendants du siège des lésions, nous avons pensé, M. Mairet et moi — et nous avons eu occasion d'en discuter à la Réunion médico-chirurgicale de la 16^e région avec M. Grasset et avec M. Mignard — que ces symptômes, fréquemment rencontrés chez les blessés du crâne, ne relevaient pas de la blessure cérébrale, mais de l'ébranlement diffus de tout le cerveau causé par le traumatisme ; en effet ils se rencontrent chez des traumatisés superficiels, chez des commotionnés ; ils font souvent défaut chez des blessés du cerveau ; et même, ce qui serait singulièrement paradoxal si l'on adoptait l'hypothèse qu'avait émise M. Grasset, le syndrome en question est en général d'autant moins fréquent que la blessure est plus pénétrante. Dès lors il nous est apparu qu'il n'y avait là qu'un syndrome commotionnel accompagnant la blessure, avec l'inertie caractéristique du commotionné vrai, que nous avons, dès le début, distingué de l'émotionné, mais en précisant les différences quand notre expérience s'est accrue. Si réellement il y avait eu un syndrome « atopique » cela m'eût paru de nature à impliquer des conséquences très particulières au sujet du fonctionnement cérébral. Or, et nous sommes amenés à notre second point, ce sont ces conséquences que dégage M. Mignard en reprenant, sous une nouvelle forme, le syndrome atopique du regretté Grasset, dont il adopte les schémas, que je n'ai jamais trouvés, pour ma part, très heureux : Il admet que les lésions localisées peuvent exercer sur le centre O, sur le « psychisme supérieur », une certaine perturbation, peut-être seulement passagère, répercussion « atopique ». Certes, ses remarques sont souvent justes et toujours intéressantes, mais je ne puis admettre

sa manière de voir. Tout d'abord il n'est pas légitime d'opposer aux fonctions élémentaires un psychisme supérieur, comme s'il y avait une différence de nature, un hiatus entre les unes et l'autre ; nous connaissons des fonctions relativement simples et des fonctions de plus en plus complexes, avec tous les degrés des unes aux autres ; il existe un fonctionnement mental d'ensemble. Que, sur l'équilibre de ce fonctionnement il puisse y avoir une répercussion due à l'atteinte d'une fonction particulière, cela est indéniable, mais cette répercussion va être très inégale et différente suivant la fonction touchée, et l'importance de cette fonction, sa place dans l'ensemble ; il est bien certain, par exemple, qu'elle sera considérable lorsque le langage sera atteint, lui qui occupe dans la vie mentale de l'homme civilisé une si grande place. Que, lorsque la lésion ne se manifeste pas nettement au point de vue des fonctions élémentaires, il puisse y avoir une certaine atteinte du fonctionnement général, assez légère pour passer souvent inaperçue, mais décelable cependant, je le crois volontiers ; à cet égard on a eu souvent tendance, par un phénomène de contraste psychologique, à exagérer dans certaines communications retentissantes, la perte de substance cérébrale d'un côté, et l'intégrité psychologique de l'autre. Mais il n'en est pas moins vrai que la répercussion n'est pas comparable à celle qui pourra résulter d'une aphasie totale. D'ailleurs cette influence d'une lésion localisée sur le fonctionnement cérébral ne devra pas être la même chez un paysan inculte, dont on constate qu'il est capable de se conduire, de manger et de boire comme tout le monde, et chez un homme instruit, artiste, connaissant plusieurs langues : il y a des disponibilités cérébrales assez considérables qui sont loin d'être utilisées chez la plupart des hommes. Il n'en reste pas moins que la lésion localisée, si elle ne s'accompagne pas de perturbations à distance, métaboliques ou vasculaires, de processus inflammatoires, n'aura jamais une influence aussi grande sur le fonctionnement général du cerveau qu'une atteinte plus légère, mais diffuse, généralisée ; comme peut l'être l'atteinte motionnelle.

Pour prendre une comparaison grossière, s'appliquant

aux processus associatifs qui sont à la base du fonctionnement mental, nous nous rendons bien compte que, dans un réseau général de chemins de fer, une légère atteinte des rails, — distorsions — petites ruptures — qui à faible distance ne se remarquera pas, mais généralisée, diffuse, sur tout le réseau, empêchera ou gênera considérablement la circulation, beaucoup plus que la destruction complète de quelques voies, qui laissera possible un trafic par d'autres voies latérales, à moins que la destruction ne porte sur un carrefour essentiel.

M. MIGNARD. — Nous rencontrons parfois, en rapport avec une blessure cranio-cérébrale localisée, certain trouble nerveux qui implique un retentissement spécial sur ce que nous appelons le psychisme inférieur (habitudes, langage, sensation, motricité instinctive) ; secondairement nous constatons dans le psychisme supérieur (sentiment affectif, jugement, volonté consciente) ou bien seulement une bonne réaction de défense (tels sont les cas de tolérance, dont les curieux exemples sont connus), ou bien un trouble plus ou moins teinté de la couleur locale donnée par le symptôme localisateur, mais manifestant par ailleurs la réaction globale de l'unité psychique à la gêne apportée. Tels sont les seuls cas où nous puissions prouver l'origine spéciale du symptôme atopique. Cependant on observe un tableau clinique analogue dans d'autres conditions où le trouble nerveux spécial n'est pas apparent. Il n'est pas question de séparer réellement le psychisme supérieur du psychisme inférieur. Si quelque chose ressort de cette communication, ce doit être justement, me semble-t-il, l'absence de réelles disjonctions intrapsychiques. Mais l'unité psychique se diversifie notamment par ses rapports avec les diverses fonctions organiques, et c'est dans cette sphère, en effet, qu'elle est passible de certains troubles spéciaux ; ses activités plus hautes ne réagissent que secondairement, et toujours solidairement. L'image mécanique dont se sert M. Piéron pour expliquer un état mental, préalablement traduit en langage anatomique, fait penser à l'hypothèse matérialiste. S'il m'est permis à mon tour de me servir d'une image, je proposerai à ce point de vue la conception spiritualiste. Quoiqu'on en ait dit, elle reconnaît fort bien

les rapports phénoménaux du psychisme et de l'organisme. Pour elle, l'unité psychique, indestructible en elle-même, est passible de toutes sortes de modifications et de troubles du fait de son union fonctionnelle avec la multiplicité organique du corps. Il me semble que ce système fournit une assez juste image de ce que nous pouvons constater.

M. PIÉRON. — M. Mignard me dit qu'il oppose à ma comparaison matérialiste une représentation spiritualiste. Mais, à cet égard, je crois qu'il n'y a pas lieu de soulever un débat métaphysique. Je vois là une question de méthode, sur laquelle je ne puis insister, mais sur laquelle l'attitude que nous devons prendre me paraît imposée par notre connaissance de l'évolution scientifique. Dans la mesure où nous faisons de la science, nous devons toujours chercher à expliquer le complexe par le simple. Et si, lorsqu'on étudie le fonctionnement d'une machine, on a le droit — hypothèse de croyance — de se représenter d'une façon quelconque son *primum movens*, si on peut se représenter sous une forme immatérielle la fée électricité par exemple, il n'empêche que, pour analyser le fonctionnement ou réparer la machine, cette conception n'interviendra pas. Nous devons étudier le fonctionnement du cerveau comme le fonctionnement d'une machine très compliquée. Et l'on ne peut, comme le fait M. Mignard, tirer argument de l'impossibilité de localiser la logique, l'attention, la volonté, pour invalider cette méthode ; il est inutile en effet de chercher à localiser, comme au temps de Gall, des entités que nous avons créées, ou reçues toutes faites de la psychologie rationnelle, c'est-à-dire de la métaphysique des facultés. On ne localise pas non plus, dans une machine, sa vitesse, sa marche silencieuse, son démarrage facile, son bon rendement. Et qu'est-ce que l'attention, par exemple, sinon le degré de l'efficiencia mentale ? Il ne s'agit là que de jugements de valeur portés sur le fonctionnement mental comme sur le fonctionnement de la machine, qui ne représentent rien d'objectif. On ne localise pas non plus l'unité du « psychisme », pas plus que l'unité d'une machine, qui est aussi réelle, et qui représente, à nos yeux, une synthèse fonctionnelle. Encore une fois, il existe un fonctionnement d'ensemble qui

peut être troublé par l'atteinte d'un organe particulier, mais en proportion de l'importance de cet organe ; je ne vois rien qui permette de maintenir la conception du syndrome atopique de Grasset, représentant une perturbation du psychisme causée par une lésion localisée du cerveau et indépendante du siège de la lésion !

M. MIGNARD. — Il me semble que l'attention, l'intelligence, la volonté, ne sont pas comparables à la vitesse, à la force, au rendement d'une machine, mais plutôt à l'adaptation active et continue de cette machine à telles ou telles circonstances données. L'unité psychique est une unité naturelle, et non imposée et maintenue artificiellement de l'extérieur comme celle d'une machine. Le fait de l'impossibilité de sa réelle dissociation semble prouvé par l'état mental des blessés du cerveau.

M. MARCHAND. — Dans cette question de l'influence des lésions cérébrales localisées sur le psychisme supérieur, il faut aussi tenir compte des cas négatifs dans lesquels on ne constate aucun trouble mental. Attaché pendant trois ans à un centre de neurologie, j'ai été étonné de voir combien les lésions cérébrales localisées, même quand elles portaient sur une zone sensitivo-sensorielle, retentissaient peu sur le fonctionnement cérébral. D'autre part, j'ai pu observer également que chez les sujets à lésions localisées atteints de troubles mentaux, il s'écoulait un laps de temps, variant de quelques jours à quelques semaines, entre le moment de la blessure et le début des accidents psychiques. Je crois que, dans la pathogénie des troubles du psychisme supérieur chez les blessés cranio-cérébraux, il y a lieu d'attribuer le plus grand rôle à la commotion cérébrale ou aux lésions inflammatoires diffuses surajoutées à la lésion localisée, en tenant compte également de la prédisposition individuelle.

Note sur un cas d'encéphalite léthargique.

Par MM. V. TRUELLE et BROUSSEAU.

Le cas que nous avons l'honneur de soumettre à la Société médico-psychologique semble bien, malgré certaines anomalies et certaines lacunes de l'observation, devoir être rapporté à l'encéphalite léthargique.

Il s'agit d'une jeune infirmière de dix-neuf ans, très développée, d'excellente santé antérieure, et sans aucune tare personnelle ou héréditaire.

Cette année, au début de janvier, elle se sentit un peu fatiguée, avec des douleurs assez vives dans les épaules — surtout la gauche — dans le pli du coude et l'auriculaire gauches. Pas de fluxion articulaire, pas de fièvre, rien d'objectif à l'examen. Très courageuse, elle continua son service, bien que les douleurs lassent en augmentant, qu'elle perdit l'appétit et commençât de maigrir.

Le 12 janvier, en période menstruelle, elle doit enfin cesser son travail : en quelques heures, l'asthénie devient telle qu'elle est obligée de s'aliter. Constipation, qui va s'affirmer rebelle, langue sale ; toujours pas de température, pas de céphalée. Les douleurs ont disparu ; mais, à cette même date, on constate déjà, pour une journée seulement, une invincible tendance au sommeil qui frappe l'entourage. A la suite, pendant quarante-huit heures, elle est prise de nausées continues, sans vomissements.

Le 14 janvier, apparaît du trismus avec tremblements parcellaires des muscles péri-buccaux, secousses brèves et rapides de la langue, des mains, de la mâchoire inférieure, à l'occasion uniquement des mouvements volontaires. A deux reprises, légères épistaxis nocturnes.

Le 18 janvier, une purgation de calomel (0 gr. 75) évacue l'intestin : selles abondantes, très dures, moulées en scybales.

Alors se manifeste à nouveau la somnolence. Plus marquée, cette fois, plus durable aussi elle persiste pendant trois jours : même en buvant, la malade s'endort. Ni torpeur, si stupeur, lucidité entière.

Sortie de sa période narcoleptique, la malade reste étendue sur le dos, ne faisant que des mouvements rares et lents, comme guindés. Les avant-bras sont demi-fléchis, le facies figé ; et, moins le tremblement continu et spontané, l'attitude ressemble étrangement à celle des parkinsoniens. Cependant, le regard reste vif et contraste avec l'inexpression générale de la physio-

nomie au repos. Cette attitude et cet aspect vont persister jusqu'au 25.

Le 21 janvier, très vite, en quelques heures, les phénomènes paréto-spasmodiques s'accroissent. Le trismus est plus marqué, à peine la mâchoire inférieure peut-elle s'abaisser d'un centimètre; la déglutition est extrêmement difficile — jamais de rejets des liquides par le nez, ni de pénétration dans la trachée; — la parole est lente, bredouillée, mal articulée, scandée, parfois à peine compréhensible, sans nasonnement; parésie du faciès inférieur : la malade « rit en travers ». Le tremblement ataxique et parcellaire, à l'occasion des mouvements volontaires (parler, rire, boire), est maintenant limité au facial inférieur et au trijumeau, mais il est beaucoup plus accentué. La langue n'est pas paralysée, mais seulement animée des mêmes mouvements incoordonnés, sans tremblements fibrillaires.

Le lendemain, on note, en outre, un abaissement très net de la commissure gauche; il va persister quarante-huit heures, disparaître une journée, reparaitre à nouveau un matin, puis encore s'effacer.

Malgré l'attitude figée, la lenteur et la gêne des mouvements, on ne constate pas de véritable raideur de la nuque, ni de Kernig. Les réflexes tendineux et musculaires des membres supérieurs sont exagérés; les réflexes rotuliens également; pas de trépidation épileptoïde. Les réflexes cutanés, abdominaux et plantaires sont vifs. La sensibilité objective et subjective est intacte. Raie méningitique persistante; pas de ligne blanche de Sergent.

Le 24 janvier, légère amélioration dans l'état paréto-spasmodique de la cinquième paire : le trismus est moins serré; la parole et la déglutition plus faciles. L'amélioration s'accroît les jours suivants et porte aussi sur le domaine du facial; mais, en même temps, le membre supérieur gauche se prend : tremblements à l'occasion des mouvements sans véritable diminution de la force musculaire. La constipation cesse spontanément.

Le 26 et le 27 janvier, les deux paires crâniennes continuent à se libérer : cependant, la parole est encore imparfaite, le rire encore légèrement spasmodique, quelques secousses apparaissent dans le domaine du facial supérieur. L'attitude n'est plus figée, les mouvements des bras, de la tête et du tronc plus libres. Mais c'est maintenant le membre inférieur gauche qui est atteint (toujours le même tremblement, sans paralysie dans les mouvements) et à un degré beaucoup moindre le droit; le réflexe rotulien est sensiblement plus vif à gauche. En même temps, la malade accuse une douleur assez intense (comme une ampoule enflammée, dit-elle) à la face inférieure du talon gauche. Par intermittences, ébauche du signe de Babinski.

La température est toujours restée jusqu'à présent sensible-

ment normale, oscillant entre 36°8 et 37°6. Jamais on n'a constaté la moindre ophtalmoplégie, la moindre chute de la paupière, la moindre diplopie; pas de nystagmus; les pupilles sont normales. L'état général est, somme toute, satisfaisant. Aucun phénomène cérébral, jamais d'obnubilation, de délire, ni d'onirisme. L'appétit est conservé, le sommeil bon; pendant deux ou trois nuits seulement, aux environs du 22, il a fait défaut. Le pouls a toujours été régulier, oscillant entre 80 et 70, sans dissociation.

Il n'a pas été fait de ponction lombaire.

Depuis le 21 janvier, la malade prend quotidiennement 2 grammes d'urotropine.

Note complémentaire. — Aujourd'hui (1^{er} juin), la guérison est acquise. Après avoir perdu 13 kilogrammes, la malade reprend de l'embonpoint. Plusieurs mois, des tremblements, de la spasmodicité, une fatigue rapide persistent. Très marqués d'abord, intéressant la face et les quatre membres, mais d'avantage les supérieurs, prédominant tantôt à droite, tantôt à gauche, ces phénomènes se sont lentement et progressivement atténués. Il ne reste plus maintenant qu'un léger tremblement des doigts.

Telle est l'observation que nous voulions vous signaler, nous réservant de vous tenir au courant de l'évolution future.

DISCUSSION

M. M. BRIAND. — Comme M. Truelle, j'estime qu'il s'agit, très certainement, d'un cas d'encéphalite léthargique. Il me paraît opportun de signaler, à cette occasion, qu'il existe dans cette maladie non seulement des formes ambulatoires, mais aussi des formes délirantes hallucinatoires à grand fracas, entrecoupées de torpeur. J'ai eu l'occasion, dans ces derniers mois, d'en observer quelques cas en ville et au Val-de-Grâce. Les malades du Val-de-Grâce, tantôt anxieux et demi-conscients, tantôt confus, inconscients et très agités avec des intervalles de torpeur intellectuelle, étaient, à certains moments, si violents qu'ils constituaient, par leurs réactions de défense, un danger pour l'entourage. Ils ressemblaient, par leurs hallucinations zoopsiques et leur onirisme ambulatorie, aux alcooliques suraigus, pendant que la brutalité de leurs impulsions rappelait

l'état confusionnel post-comitial des épileptiques et que la suractivité de leur délire faisait penser au tableau offert par certains délires aigus, ou bien encore à certaines phases de la rage. C'est uniquement leur agitation qui motiva leur internement à l'Asile de Villejuif, où notre collègue, le D^r Henri Colin, put les suivre, à son tour, mais pour plusieurs pendant peu de temps, car la plupart succombèrent rapidement.

En faveur du diagnostic d'encéphalite léthargique, nous avons noté : des crampes douloureuses ; des algies erratiques ; des mouvements choréiformes, athétosiques ou myocloniques ; des picotements ou des démangeaisons les faisant se gratter au point de s'écorcher la peau et de s'arracher les poils ; des paralysies faciales localisées et passagères (ptosis d'une paupière) ; de la diplopie ; de l'inégalité pupillaire ; du trismus tétaniforme ; de la dysarthrie (parole scandée ou saccadée ; de la raucité de la voix avec monotonie du timbre ; de la constipation ; de la rétention d'urine ; des vomissements du type méningé ; de l'abolition ou de l'exagération ou de la dissociation des réflexes, etc.

Parfois, le délire s'éclipsait momentanément et nous avons pu fixer l'attention de quelques-uns de nos malades au point d'obtenir, par bribes, le récit de leur délire. A l'onirisme se substituait, non pas un sommeil vrai, mais une sorte de torpeur.

Chez un malade qui guérit, les symptômes délirants hallucinatoires se sont atténués au bout de quelques jours et, à la forme corticale qu'il présentait tout d'abord, succéda la forme mésencéphalique, le ramenant à l'encéphalite léthargique typique. Sa température, sans devenir encore normale, s'était abaissée au moment où se dissipait le délire.

A noter, à cette occasion, que chez nos malades la température ne dépassa pas 39° pendant le temps de notre observation. La température, le plus souvent, oscillait autour de 38°.

Le liquide céphalo-rachidien était légèrement hypertendu, la lymphocytose discrète et sans hyperalbuminose.

Il me revient en mémoire que, lors de la sévère épidémie de grippe au cours de laquelle un grand nombre

de femmes ont été atteintes à Villejuif, j'avais été surpris de voir s'installer, chez quelques malades, un délire hallucinatoire inattendu que je mis sur le compte de quelque liqueur alcoolique, introduite frauduleusement par les visiteurs. Peut-être s'agissait-il déjà d'encéphalite léthargique ? Ce souvenir me revient à l'occasion de la coïncidence déjà relevée des épidémies de grippe et de l'encéphalite léthargique.

Une dernière réflexion : nous avons déjà en la paralysie générale une maladie au cours de laquelle on n'est généralement pas paralysé. Pourquoi avoir qualifié de léthargique une encéphalite au cours de laquelle, si on a *l'oubli*, on est loin de rester — je parle pour mes malades — *inactif* ? Ne semble-t-il pas que les cas dont je viens incidemment de vous entretenir seraient plus légitimement classés sous la rubrique, *polyo-encéphalite stuporeuse à forme délirante hallucinatoire*, la désignation de *polyo-encéphalite stuporeuse* étant réservée aux cas les plus habituels de l'actuelle encéphalite léthargique ?

M. COLIN. — J'ai, en effet suivi tous ces malades, qui sont très intéressants. Sans revenir sur les différents signes qui ont été énumérés, je désire insister sur la somnolence et la dissociation des réflexes. S'agit-il d'encéphalite léthargique ou de grippe à manifestations cérébrales ?

Des cinq malades que j'ai eus à traiter, trois sont déjà morts. A l'autopsie du premier, on ne trouva rien. Les deux autres présentaient des lésions de bronchopneumonie.

L'aspect clinique de ces malades est bizarre, étrange, ils donnent l'impression de grands infectés. On pense, en les voyant, à la forme ataxo-adyynamique de la fièvre typhoïde. Le délire hallucinatoire, les troubles oculaires sont constants. Le troisième malade présentait un ptosis très net. Le quatrième malade, dont l'état s'aggrave, a présenté un strabisme transitoire. Il faut noter également des secousses musculaires et une irritation de la peau d'une inconcevable intensité : les malades se font des contusions multiples en se grattant. Un d'eux s'arrachait les poils du pubis. Pour M. Lhermitte, qui les a vus, le diagnostic d'encéphalite léthargique n'est pas

douteux. Ils présentent aussi une dissociation très curieuse du pouls et de la température.

Le liquide céphalo-rachidien est hypertendu, présente peu d'albumine, mais toujours de la lymphocytose. Il faut insister sur la gravité exceptionnelle de ces cas dont l'évolution est souvent assez longue.

M. le Président insiste sur l'intérêt et l'actualité de cette question. Les troubles psychiques de l'encéphalite léthargique ont été jusqu'ici peu décrits par des aliénistes. Il propose donc de laisser cette question à l'ordre du jour de la prochaine séance.

Il en est ainsi décidé.

SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1920.

Présidence de M. PACTET, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance de janvier.

MM. Bussard, Collet, Dide, Ducosté, Gilles et Mignard, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture et adoption de la séance de janvier.

La correspondance manuscrite comprend.

Une lettre de M. Trénel, président, qui, chargé de mission en Syrie pour six mois, exprime à la Société ses regrets de ne pouvoir présider les séances ; des lettres de MM. Barbé et Revault d'Allonnes qui remercient la société de les avoir nommés membres titulaires.

Une lettre du secrétaire de la Société de psychologie annonçant la reprise de ses séances mensuelles, les derniers jendis de chaque mois, à la Sorbonne.

Testament de M. le D^r Ritti.

M. PACTET, donne lecture du testament de M. Ritti :

Ceci est mon testament que je fais et écris après mûre réflexion avec l'entière conviction de ne léser en rien les intérêts de ma femme bien aimée.

Comme, malheureusement, nous n'avons pas eu d'enfant ;

comme de plus, ma femme n'a plus de famille, je crois ne pouvoir mieux faire que de disposer de ma petite fortune en faveur de ma famille intellectuelle (les médecins aliénistes) au milieu de laquelle j'ai vécu pendant plus d'un demi-siècle, en en laissant, bien entendu, l'usufruit à ma bien chère femme.

Je lègue donc :

1° Vingt mille francs (20.000 frs) à l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France, cette belle œuvre philanthropique fondée par mon vénéré Maître Baillarger, et dont j'ai eu l'honneur d'être président pendant plusieurs années.

2° Le reste de ma fortune sera divisé en trois parties égales destinées.

A. La première à l'Académie de Médecine pour la fondation d'un prix à décerner au meilleur travail sur un point d'histoire de la médecine mentale ou sur une question de pathologie mentale historique.

B. La deuxième, à la Société médico-psychologique pour la fondation d'un prix sur la thérapeutique des maladies mentales.

C. La troisième à la Société clinique de médecine mentale pour la fondation d'un prix sur une question de clinique des maladies mentales.

Dans le cas où cette dernière Société ne serait pas à ma mort encore reconnue d'utilité publique et, par suite, ne pourrait pas recevoir de legs, la somme qu'elle devrait recevoir serait partagée par parties égales, au prix de l'Académie de médecine et à celui de la Société médico-psychologique.

Fait à Paris — Auteuil, le deux septembre mil neuf cent dix-sept.

(Signé) ANT. RITTI.

Codicille :

Je lègue à la Société médico-psychologique ma part de propriété des *Annales médico-psychologiques*, l'organe de cette Société. — Je ne mets qu'une condition que mes collègues accepteront très volontiers, c'est que le nom du fondateur de ce recueil, Baillarger, soit maintenu et sur la couverture et sur le livre. — J'espère qu'il n'y aura aucun inconvénient à ce que la Société médico-psychologique soit mise en possession de ce legs le plus tôt possible.

Paris, six septembre mil neuf cent dix-sept.

(Signé) ANT. RITTI.

La Société charge le bureau d'exprimer à M^{me} Ritti ses sentiments de reconnaissance à la mémoire du testateur.

*Scrutin pour l'élection du secrétaire général
en remplacement de M. Ritti, décédé.*

M. le Président a reçu une seule lettre de candidature, de M. Colin.

Après avoir demandé s'il existe d'autres candidatures et obtenu une réponse négative, il déclare le scrutin ouvert.

A 5 h. 30, tous les membres de la Société présents à la séance ayant voté, il est procédé au décompte du scrutin qui donne les résultats suivants :

Nombre de votants .	31
Majorité absolue . .	16
MM. Colin, élu . . .	25 voix.
Charpentier . . .	2 —
Juquelier . . .	1 —
Bulletins blancs . . .	3
	<hr/>
	31

M. Henri Colin, médecin en chef de l'asile de Villejuif, est élu secrétaire général de la Société médico-psychologique.

Rapport de candidature.

M. ROGUES DE FURSAC. — Messieurs : vous avez nommé une Commission composée de MM. Pactet, Leroy, Rogues de Fursac, rapporteur, pour examiner les titres de M. le D^r Minkowski qui sollicite le titre de membre associé étranger.

M. Minkowski, qui est de nationalité polonaise, a fait ses études secondaires à Varsovie. Reçu au baccalauréat, avec médaille d'or, en 1903, il a commencé aussitôt ses études de médecine. Il se consacra d'abord à la chimie biologique. En 1909 il présentait une thèse sur « l'Action des ferments sur quelques dérivés aromatiques de l'acide acétique et du glycol ». Cette thèse obtenait la mention *summa cum laude*. Ce fut seulement après avoir terminé ses études médicales que M. Min-

kowski se vena à la psychologie et à la psychiatrie. En 1911, il publiait dans le *Zeitschrift für Sinnesphysiologie* une importante étude critique de la théorie de Jean Müller sur l'énergie spécifique des nerfs, démontrant que cette théorie est incompatible avec les données de la biologie moderne. En 1913, M. Minkowski donnait dans la même revue une étude comparée des théories de Zeuckner et de Hering sur la vision des couleurs. Il arrive à cette conclusion que la première serre de plus près la réalité, notamment en ce qui concerne la disposition réciproque des cônes et des bâtonnets de la rétine. La seconde, au contraire, la théorie de Hering, ne lui paraît guère avoir d'autre mérite que de constituer un schéma commode où peuvent se classer les faits observés, sans fournir, à proprement parler, une explication physiologique.

M. Minkowski a également publié dans les *Archiv für Psychologie* de 1914 un important travail intitulé : « Considérations sur le principe du parallélisme psychophysiologique ». Il y étudie différents problèmes relatifs à la mémoire, en particulier l'hypothèse de traces matérielles correspondant dans les éléments nerveux aux faits d'ordre mnésique, hypothèse qu'il juge très loin d'être démontrée. M. Minkowski critique le principe même du parallélisme psychophysiologique qui, systématiquement appliqué à tous les faits psychiques, lui paraît de nature à en fausser la signification.

Enfin, M. Minkowski a publié une étude sur le principe d'identité comme principe de la représentation psychique, où il examine les relations formelles de la représentation.

C'est à l'école de Zürich, sous la direction du professeur Bleuler, dont nous apprécions tous les travaux si objectifs et si cliniques, que M. Minkowski est devenu psychiatre. Il était assistant à la Clinique de psychiatrie de Zürich, à l'asile de Burghölzli, lorsque la guerre éclata. Dans l'impossibilité de regagner son pays et désireux néanmoins de remplir son devoir militaire il vint en France, dès le début, et prit du service dans l'armée française comme aide-major. Après quelques mois passés comme assistant dans le service des confus de Ville-Evrard, il fut envoyé sur le front où il resta

trois ans. Il connut la plupart des champs de bataille du front français, fut l'objet de trois citations et reçut la croix de guerre. Après l'armistice il fut de nouveau affecté au service de psychiatrie du Gouvernement militaire de Paris, où il dirige actuellement le service des psychopathes de Ville-Evrard. Deux d'entre nous ont eu M. Minkowski pour collaborateur au cours de la guerre. Ils se font un devoir de témoigner ici de sa compétence psychiatrique, de son sentiment élevé du devoir et de son inlassable dévouement.

Ce sont là des titres professionnels qui, joints à la haute culture scientifique qui se révèle dans les travaux dont nous venons de vous faire un exposé sommaire, nous paraissent de nature à mériter à M. Minkowski le bon accueil de la Société.

Nous vous proposons de nommer M. Minkowski membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

Conformément à ces conclusions, M. le Dr Minkowski est nommé membre associé étranger à l'unanimité des suffrages exprimés.

**De la conservation de l'intelligence au cours d'accès
confusionnels avec affaiblissement intellectuel
chez deux dégénérés héréditaires.
(Présentation d'un malade.)**

Par MM. H. COLIN et R. MOURGUE.

On sait le grand intérêt qu'il y a, dans le diagnostic de la démence précoce telle que l'entendaient Kahlbaum et Christian, à pouvoir comparer l'état présent des fonctions intellectuelles avec l'état antérieur. Or, le plus souvent, cette comparaison est impossible à réaliser de façon précise; car la conservation du contingent mnémonique peut faire illusion sur l'état réel de la spontanéité créatrice de l'imagination. D'autre part, le langage peut également nous tromper, le sujet pouvant répéter automatiquement des notions scolaires, qu'il ne réalise pas.

C'est pourquoi nous avons cru devoir rapporter l'ob-

servation clinique d'un malade chez lequel, ainsi qu'on va le voir, toutes ces difficultés sont inexistantes en raison de la culture particulière de son esprit.

ANTÉCÉDENTS. — M. P..., âgé de vingt-neuf ans, professeur agrégé de mathématiques, était de famille israélite. Père d'origine hongroise, aurait fait des excès d'alcool. Un oncle maternel a été interné à l'Asile de B... et y est mort. La mère, elle-même, ne serait pas exempte de toute tare nerveuse; elle nous a dit avoir fait une fausse couche et avoir accouché d'un enfant mort-né.

M. P..., lui-même, a eu de nombreuses maladies infectieuses (broncho-pneumonie, diphtérie, fièvre typhoïde, pleurésie, grippe grave lors de l'épidémie de 1918, tuberculose pulmonaire dont il est mort récemment). Il fit de brillantes études de lycée et passa sans difficultés son baccalauréat de mathématiques élémentaires, avec plus de difficultés celui de philosophie. S'étant présenté à l'Ecole polytechnique et à l'Ecole normale, il fut admissible à ce dernier concours et nommé boursier d'agrégation à la Faculté des Sciences de Lille. C'est là qu'il ressentit les premiers symptômes de l'affection, qui devait plus tard lui rendre toute vie sociale impossible. « La première année, pendant laquelle j'ai préparé mes certificats de mathématiques, s'est écoulée normalement, nous dit le malade dans des notes autographes dont nous avons vérifié la scrupuleuse exactitude. La deuxième, j'avais à étudier le certificat de physique générale; j'avais évidemment moins d'aptitude pour cette science. Mes facultés de travail se sont ralenties vers le milieu de l'année scolaire : je restais dans ma chambre à copier mes notes sur mon cahier, mais sans arriver à me pénétrer de mon sujet, l'esprit absent. J'ai naturellement échoué en juillet. Quand les chaleurs ont commencé, il m'est arrivé de ressentir des étourdissements. De plus j'avais des incertitudes de la volonté. Dans la rue, par exemple, je ne savais si je devais marcher sur le trottoir de droite ou de gauche, me promener dans telle ou telle direction. Enfin, pendant quelques jours, je ne pus que me traîner à pas lents dans les rues, épuisé de fatigue, annihilé. J'ai consulté un médecin qui m'a ordonné des glycérophosphates et le repos à la campagne. Je partis en vacances pour la montagne qui me guérit momentanément. J'ai travaillé pendant cette villégiature à peine deux heures par jour et cependant je fus reçu en novembre au certificat de physique générale. Les deux années suivantes d'études de faculté pendant lesquelles j'ai préparé l'agrégation de mathématiques se passèrent très bien et je fus reçu quatrième en 1912 (M. P... avait alors vingt-trois ans).

« J'ai ensuite accompli deux années de service militaire en temps de paix. J'étais assez bon soldat, mais peu à peu mon caractère est devenu pointilleux et facile à irriter, la moindre piqure d'amour-propre suffisait à provoquer ma colère. De plus, mon esprit devenait paresseux; l'étude de la théorie, de même que la lecture du journal me semblait pénible. Je me présentais aux examens d'élève-caporal, j'échouais. Je fus aussi élève-officier de réserve; je fis de mauvaises compositions et ne fus pas reçu. Les sujets étaient pourtant faciles et à la portée des candidats au brevet élémentaire. J'éprouvais une fatigue de certaines facultés, comme celles de l'étude et de la lecture, et, quand il s'agissait de les tirer de leur sommeil, il me fallait des efforts inouïs.

« Je fus réformé en février 1914, comme neurasthénique. En octobre, je pris possession d'un poste de professeur à X. On m'a reproché plusieurs défauts et faits pendant les deux mois que j'ai exercé. On a écrit à ma mère que mes classes étaient mal tenues. En dehors de l'enseignement, je me suis assis une fois sur une dalle de trottoir, devant mon logement, en attendant que ma chambre soit faite, ce qui n'est évidemment pas distingué pour un professeur. Ma logeuse tenait un estaminet. Je me suis disputé avec elle devant les clients, et, dans ma colère, j'ai brisé la vitre de la porte d'entrée. Enfin, un jour, j'ai acheté des pommes frites à une marchande ambulante; cela n'est évidemment pas très digne non plus d'un professeur, mais, ce qui est plus grave encore, j'en ai jeté quelques-unes sur le pavé, obéissant à une impulsion nerveuse inexplicable.

« En janvier 1915, je fus repris bon pour le service armé. J'ai quitté le lycée, mais je ne reçus mon ordre de convocation qu'en avril, pour X. Dans l'intervalle de temps qui s'est écoulé jusque-là, je suis resté à Paris. Une manie s'est alors emparée de moi : je refusais de manger, ce qui provoquait des disputes familiales. Mon père me fit visiter par des médecins aliénistes qui m'ordonnèrent le repos. Je fis ensuite deux mois de service avec les jeunes de la classe 1916. En juin, je fus réformé temporairement comme neurasthénique. A mon arrivée à Paris, j'ai eu la grande douleur d'apprendre la mort de mon père. (Il apprit fortuitement cette mort par une lettre de faire part.) A partir de ce moment j'ai eu des disputes avec ma mère qui me fit conduire à Sainte-Anne. »

D'après la mère, il avait alors, des tics (des yeux, des jambes), des « absences », ne répondait pas de suite aux questions; parlait très peu, paraissait très déprimé, et, à d'autres moments, avait des crises de colère. Il se couchait tout habillé, interdisait l'entrée de sa chambre transformée en un véritable taudis. Se levait la nuit, errait à l'aventure dans les rues. A

table, crachait dans son assiette, imitait des cris d'animaux; un jour a lancé une cuiller à la tête de sa sœur, mais lui a exprimé ensuite ses excuses, car il avait conscience de l'absurdité de ses actes. Ces impulsions ne permirent pas la continuation de la vie en famille et il dut être interné à Sainte-Anne, où il resta cinq mois. A sa sortie de l'Asile, après avoir terminé en Corse son temps de réforme temporaire, il fut repris dans le service auxiliaire. Il ne put même pas s'acquitter d'un travail de bureau et demanda, de son propre mouvement à s'occuper des corvées. Il lui arrivait cependant de faire des gestes bizarres. « Un jour, dit-il, je fis un geste très court mais bizarre : je passais mon bras devant un arbre, comme si j'allais l'embrasser, obéissant encore à une impulsion nerveuse. »

Il fut alors envoyé au Val-de-Grâce, d'où le 12 février 1917 il était dirigé sur le service de M. le D^r Colin, à l'asile de Villejuif, avec le certificat suivant : « Confusion mentale avec alternatives d'excitation et de dépression. Irritabilité; tendance à la démence ». A l'entrée le malade présentait seulement un peu de dépression; il s'orientait parfaitement dans le temps et dans l'espace, manifestait une conscience parfaite de son état. On relevait seulement une certaine indifférence à l'égard de sa situation et quelques préoccupations hypocondriaques. Le certificat de quinzaine de M. le D^r H. Colin portait le diagnostic suivant : « Est atteint de dégénérescence mentale avec dépression, apathie, préoccupations hypocondriaques. Soigné plusieurs fois pour accès de neurasthénie ».

L'évolution ultérieure de la maladie semblait devoir cependant faire admettre un autre diagnostic. C'est ainsi que les impulsions violentes se sont manifestées très fréquemment chez ce malade; il a dû être changé de quartier à plusieurs reprises, et, sur les rapports de veille ou de jour, nous ne relevons pas moins de neuf agressions sans motifs sur la personne d'infirmiers ou d'autres malades. Ces faits coïncidaient avec des périodes d'agitation psycho-motrice revenant par intervalles, durant lesquels M. P... présentait du mutisme avec difficulté d'alimentation, du négativisme et même une sorte de raideur pseudo-catatonique. Lorsqu'il voulait bien se laisser interroger, on avait l'impression d'un certain affaiblissement intellectuel. L'interrogatoire ne permettait pas du tout de se rendre compte de l'état mental du sujet. Seules les réponses écrites à des questions précises, réponses élaborées en dehors de la présence du médecin, nous ont éclairé, comme on a déjà pu s'en apercevoir, sur la mentalité de M. P.

Ajoutons que celui-ci avait, dans le service, une tenue des plus négligées, et tenait souvent des propos puérils. Il jouait, parfois, comme un enfant, avec de jeunes malades. On notait

également une grande indifférence affective à l'égard des siens et à l'égard de sa situation. La seule occupation qu'il ait acceptée dans le quartier était le nettoyage des crachoirs ; étant intervenu pour qu'on la lui interdise, il s'en est même montré légèrement irrité. Il fut réformé le 2 août 1917 avec le certificat ci-joint : « Dégénérescence mentale avec affaiblissement intellectuel. Conscience incomplète de son état. Démence précoce probable ». Dans la suite, le malade réclamant instamment sa sortie et se déclarant capable de reprendre son enseignement, M. le D^r H. Colin eut l'idée de demander à M. Combet, professeur de mathématiques au lycée Louis-le-Grand, deux énoncés de problèmes à proposer à notre malade, dont il lui avait indiqué les titres scientifiques. Voici quelle fut sa réponse : « Les solutions des problèmes sont parfaitement rigoureuses et les questions ont été fort bien comprises. Leur auteur a certainement des connaissances très sérieuses en mathématiques. Je n'ai pas relevé la moindre faute de raisonnement. Quelques très légères négligences de rédaction. Je lui reprocherai peut-être de traiter les questions un peu trop longuement et d'être trop minutieux : rien n'est laissé dans l'ombre.

« En somme ces solutions me paraissent l'œuvre d'un homme parfaitement sensé. »

Voici, à titre d'exemple, un des problèmes et sa solution :

Etant donnés deux cercles O et O' dans un même plan P , trouver le lieu des points S tels que les deux cônes de sommet S et de bases respectives les deux cercles O et O' aient mêmes plans de sections antiparallèles (mêmes plans cycliques).

« *Solution* : Soient AB et $A'B'$ les extrémités des diamètres situés sur OO' . On sait que la deuxième direction de plans de sections cycliques ou circulaires au cône SAB est perpendiculaire au plan projetant SO sur le plan P et que ce plan est parallèle au plan tangent à la sphère passant par S et le cercle O au point S . Le tracé d'un plan de section antiparallèle sur le plan projetant est donc parallèle à la tangente ST en S au cercle SAB . Or la direction de cette tangente est celle des droites antiparallèles à CO par rapport à l'angle SAB . Ces notions rappelées, supposons que les deux cônes aient mêmes sections de plans antiparallèles. Un tel plan Q antiparallèle à P par rapport aux deux cercles coupe en général P suivant une droite perpendiculaire aux deux plans projetant SO et SO' . Donc ces deux plans sont comme perpendiculaires à une même droite, confondus suivant le plan SOO' qui est perpendiculaire à ce plan P .

« (Si la 2^e série de plans antiparallèles était confondue avec la première, les cônes O et O' devraient être de révolution, ce qui n'est évidemment possible que si O et O' sont concentriques et

le lieu cherché est la perpendiculaire menée de O au plan P. Ce cas mis à part le plan Q coupe P et le raisonnement précédent est valable):

« Le problème se réduit alors au problème de géométrie plane suivant :

« Etant donnés dans le plan Q les quatre points A B, A' B', trouver le lieu des points S tels que les directions des antiparallèles à A B par rapport aux angles S A B et S A' B' soient confondus, ou, ce qui revient au même, que les cercles circonscrits aux triangles S A B, S A' B soient tangents. Sous cette dernière forme, la solution est immédiate et même classique : Soit S T, la tangente commune, S T coupe A B puisqu'on a écarté le cas où la 2^e série de plans cycliques est confondue avec la première. Soit ω le point d'intersection. La puissance de ω par rapport aux cercles circonscrits à S A B et S A' B sont respectivement : $S \omega^2 = \omega A \times \omega B = \omega A' \times \omega B'$; ω a donc même puissance par rapport aux deux cercles. Il est sur l'axe radical de deux cercles quelconques passant par A B d'une part et par A' B' de l'autre. C'est en particulier le pied de l'axe radical des deux cercles de diamètres A B et A' B'. Ce point ω est donc fixe, et on peut toujours le construire, sauf si les deux cercles sont concentriques, cas mis à part.

« D'ailleurs, si S existe on a : $S \omega^2 = \omega A \times \omega B = \omega A' \times \omega B' = P$. Si P est positif, S est sur le cercle (ω) de centre ω et de rayon P.

« Pour que P soit positif, il faut et il suffit qu'on puisse mener de ω des tangentes aux cercles de diamètre A B et A' B', c'est-à-dire que ces deux cercles ne se coupent pas, ou encore que les segments A B et A' B' n'empiètent pas l'un sur l'autre (c'est-à-dire qu'ils soient extérieurs l'un à l'autre ou que l'un soit extérieur à l'autre), puisque ω est le pied de l'axe radical des deux cercles en question.

« Dans ce cas, tout point du cercle (ω) répond à la question. En effet on a : $S \omega^2 = \omega A \times \omega B$. Donc S ω est tangent au premier cercle, et de même, il est tangent au second.

« Ce cercle est orthogonal à tout cercle passant par A et B et à tout cercle passant par A' B' car la puissance de son centre par rapport à un quelconque de ces cercles est égal au carré de son rayon.

« Soient α et β les extrémités du diamètre du cercle (ω) sur A B. On a : $P = \omega \alpha^2 = \omega A \times \omega B = \omega A' \times \omega B'$. Donc α et β sont conjugués harmoniques par rapport au segment A B, et de même par rapport au segment A' B'. $\alpha \beta$ est donc le couple conjugué commun à A B et A' B'. Ce couple conjugué commun existe donc dans le cas où P est plus grand que O, c'est-à-dire dans le cas où A B et A' B' n'empiètent pas l'un sur l'autre.

« Si AB et $A'B'$ empiètent l'un sur l'autre il n'y a pas de solutions.

« Il y a une erreur sur la première figure : Les deux cercles ne devraient pas être sécants, puisqu'alors il n'y a pas de solution pour le point S .

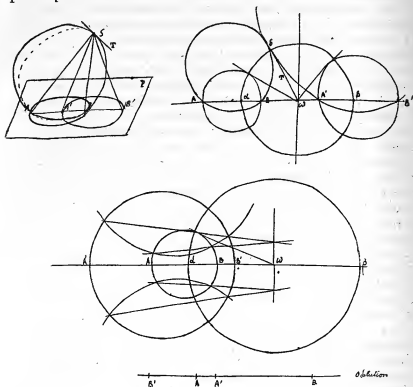


FIG. 3.

« Sur la dernière figure la construction la plus pratique de l'axe radical est mise en évidence. »

Nous ferons remarquer ici que la suractivité intellectuelle du malade est fonction de son mauvais état physique. M. P... a eu une grippe grave qui a donné un coup de fouet à une tuberculose dont il est mort ; durant l'évolution ultime de celle-ci, il ne s'est jamais trouvé mieux au point de vue intellectuel. « C'est quand je me porte le mieux que j'ai le plus de difficultés à me mettre en train. » C'est là un fait bien connu en clinique mentale, qui a donné lieu, comme on sait, à des tentatives thérapeutiques, mais dont l'interprétation exacte est encore inconnue. Ayant eu l'occasion de nous entretenir plusieurs fois avec M. P. en dehors des heures de visite, nous apprîmes qu'il passait la

plus grande partie de son temps à l'étude de l'arithmétique supérieure, partie de la mathématique très abstraite ainsi qu'en fait foi l'épigraphe de *La théorie des nombres* d'Edouard Lucas dont notre malade faisait son livre de chevet : « Le goût pour les sciences abstraites, en général, et surtout pour les mystères des nombres est fort rare ; on ne s'en étonne pas. Les charmes enchanteurs de cette science sublime ne se décèlent dans toute leur beauté qu'à ceux qui ont le courage de l'approfondir. » (Lettre de Gauss à Sophie Germain, 30 avril 1807).

M. P. qui reproche à cet ouvrage de ne pas donner de solutions assez approfondies nous fournit alors sur notre demande et par écrit des renseignements très intéressants sur sa méthode de travail (solution des problèmes de géométrie et d'algèbre), qui, il est inutile de l'ajouter, dénotent une parfaite intégrité de ses aptitudes mathématiques. Ces observations ne manquent pas de finesse et parfois de profondeur, comme l'atteste par exemple le passage suivant des notes qu'il nous a remises : « Les mathématiciens sont très dormeurs : un long sommeil est un repos qui leur est nécessaire. Ils aiment la promenade qui excite leur activité cérébrale. C'est ce qu'affirmait Henri Poincaré. Ce savant a trouvé un résultat très important, après avoir couru après un tramway, au moment de mettre le pied sur la marche du véhicule. Il faisait des figures très confuses et raisonnait très bien sur ces schémas incompréhensibles pour tout autre. Bien que je ne veuille pas me comparer à ce génie, je vous avouerai que cela ne me gêne pas du tout d'avoir une figure embrouillée devant les yeux, ni même mal faite, car ce sont les définitions qui importent dans le raisonnement et non la rectitude des lignes. Cela est vrai surtout dans la recherche des problèmes. L'effort physique qu'on ferait en faisant tout de suite des figures parfaites dans des questions difficiles (à moins d'avoir un équilibre nerveux et mental extraordinaire) générerait souvent l'effort intellectuel nécessaire pour démêler la marche à suivre. Mais, il n'est permis qu'aux grands savants de faire devant leurs élèves (qui sont alors des élèves des facultés que cela ne gêne pas) de mauvaises figures ; un professeur de lycée doit les faire claires. »

Nous en avons dit assez pour justifier notre opinion qu'il ne saurait être question de démente précoce, qu'on prenne ce terme dans le sens classique ou dans le sens de perte définitive de l'*auto-conduction*, de dissociation mentale. D'autre part son jugement critique est intact, il qualifie lui-même ses tics et ses impulsions d'absurdes, et il nous a avoué avoir quelque honte à en parler. L'indifférence à l'égard de sa situation n'est pas continue. Seule l'incapacité de s'adapter à son milieu (milieu familial, professionnel et hospitalier) est un fait constant ; nous y

ajouterons un certain degré de puérilisme. M. P. jouait à saute-mouton avec d'autres malades plus jeunes que lui, leur faisait des niches, excédait les médecins de questions niaises. Mais, comme nous y avons insisté, son activité psychique supérieure subit des éclipses, sa *tension psychologique* est sujette à des oscillations. Des nombreuses notes que le malade nous a remises à ce sujet et de nos interrogatoires, il ressort nettement que, durant ses périodes de neurasthénie, comme il dit, deux faits prédominent, d'une part, le sentiment d'automatisme, d'autre part la perte du sens du réel : « Tout se passe comme si une force extérieure m'obligeait à faire des bêtises. Quand je suis pris d'un accès de neurasthénie, je tombe dans une espèce de coma moral. J'ai l'impression qu'on a pompé tout le liquide que j'ai dans le corps, que toute la sève de la vie s'est écoulée, et je reste desséché tel un de ces arbres plusieurs fois centenaires. La joie de vivre s'est éteinte, le feu de la vie aussi, et, au contraire, s'est implantée dans mon esprit la peur de vivre et d'agir. »

31 juillet 1919. — « Je suis atteint d'aboulie et d'instabilité nerveuse. Voilà pourquoi je me suis couché. Précisons : Je me dis par exemple : Je suis ici pour mon repos, restons assis sur ce banc. Mais j'éprouve une peine extraordinaire à y rester un quart d'heure et j'ai envie de me lever à chaque instant, de faire des mouvements. »

« C'est d'autant plus curieux que les jours précédents j'avais beaucoup de patience. Je ne me sens pas encore tout à fait calmé. »

« Ainsi en ce moment j'éprouve le désir de boire du café malgré qu'il me soit contraire. J'ai aussi la tentation de manger trop, alors que la modération de tout est la condition de ma santé. *Tout se passe comme si une force extérieure m'obligeait à faire des bêtises.* »

M. P... nous a expliqué qu'il se produisait chez lui une sorte de *barrage de la volonté*, accompagné d'une angoisse, qui provient de ce qu'il ne sait plus où diriger son activité. Quels sont les effets de cet état affectif très particulier ?

« Il y a quelques années, avant le régiment, il se produisait une dépression ; je ne pouvais venir à bout de l'étude d'une théorie, ou achever un problème, ou lire le journal. Fait très curieux : j'ai longtemps pu faire des mathématiques, mais non pas lire le journal, ce qui semble pourtant plus facile. Mais, depuis quelques années, c'est plutôt de l'excitation et des actes violents qui en résultaient. »

Ainsi, conservation remarquable de ses aptitudes à l'abstraction mathématique et troubles intermittents de la personnalité qui les éclipsent momentanément, telle est la caractéristique de notre sujet. Il s'agit d'un déséquilibre fondamental de la personnalité. Celui-ci est suffisamment accentué pour ne pas

permettre la vie sociale à notre malade. Malgré tous les essais que nous avons tentés, jamais nous n'avons pu obtenir que M. P... suive une occupation quelconque de façon continue (autre, bien entendu, que l'étude des mathématiques).

Il lui est absolument impossible de s'intéresser à quelque chose de concret et de s'adapter à une situation nouvelle, même dans le cercle social restreint d'un asile. A ce sujet, nous désirerions faire remarquer que si l'état mental de M. P... dénote un trouble de l'auto-conduction manifeste, celui-ci prédomine davantage dans le domaine de l'adaptation sociale. MM. Toulouse et Mignard disent fort justement : « La *psychasthénie* nous paraît une défaillance légère mais générale de l'auto-conduction, qui s'applique surtout à certains faits nouveaux et par cela même plus difficiles... (1) » Bien entendu, il faut prendre le mot *difficiles* dans un sens relatif, car il n'est pas, absolument parlant, plus difficile de faire un travail de scribe que d'étudier la théorie des nombres. Cela est pourtant dans notre cas, car il semble que l'étude des abstractions mathématiques qui exige la méditation, l'isolement du monde extérieur, soit tout à fait d'accord avec le comportement pathologique de sa personnalité.

M. P... présente d'ailleurs d'autres formes de déséquilibration, en particulier dans la sphère sexuelle, qui joue un grand rôle chez lui. A ce sujet, nous avons pu obtenir quelques confidences curieuses. On sait que les anciens auteurs ont considéré parfois l'onanisme comme une cause de troubles psychiques ; M. P... nous a indiqué très justement que, chez lui, cet acte se produisait dans des circonstances qui permettent de le considérer comme une sorte de *réaction anormale de défense*. En effet, c'est toujours après une période de fatigue ou d'excitation physique, après avoir entendu un cours ou fait une longue course à bicyclette, qu'il éprouvait le besoin d'une excitation sexuelle à titre de *stimulant*. Il lui arrivait même de tenter de réagir contre l'état de dépression consécutif au coût normal par la masturbation ; il éprouvait alors une stimulation psychique passagère, suivie bientôt d'une dépression plus considérable encore. L'onanisme joue chez lui le rôle que jouent la morphine ou l'alcool chez d'autres sujets.

C'est qu'en effet, les psycho-analystes ont tenté de ramener les phénomènes morbides exposés plus haut (gestes sans significations apparentes, tics, obsessions, rumination mentale, etc.) à un symbolisme de signification sexuelle. C'est pourquoi, conformément à la technique de Freud, nous avons étudié

(1) Toulouse et Mignard. La théorie confusionnelle et l'auto-conduction. *Ann. méd.-psych.*, 1914, t. II, p. 36.

d'aussi près que possible les rêves de notre sujet. Nous n'avons rien trouvé qui, même avec beaucoup de complaisance dans l'interprétation, ressemble à du symbolisme à base sexuelle. Les rêves de M. P... reproduisent de façon plus ou moins incohérente des faits passés ou sont franchement sexuels et s'accompagnent d'éjaculations. Si le symbolisme sexuel formait la base essentielle du psychisme de notre malade, il serait difficile de comprendre l'existence et même la prédominance de ces derniers. Mais nous ne voulons pas faire la critique de la psychoanalyse, déjà esquissée ici même par nous (juillet 1918).

Il nous suffit d'avoir attiré l'attention sur la difficulté du diagnostic ; c'est, en effet, un cas qu'on n'aurait pas hésité à ranger dans la *démence précoce* il y a quelques années. On sait cependant que Kraepelin lui-même a groupé ces malades sous la rubrique assez vague de *nerveux* (Die Nervosität) qu'on est surpris de voir sous la plume de cet auteur, mais dans lesquels rentrent, il le dit lui-même, les *dégénérés supérieurs* de Magnan (1).

*
* *

Nous regrettons vivement de n'avoir pu vous faire l'exposé précédent du vivant de notre malade. Celui que nous allons avoir l'honneur de vous présenter offre des troubles dont le développement dans le temps paraît inverse de ceux du sujet précédent. Alors que ce dernier avait des *alternances* d'un état confusionnel et d'un état normal, ici nous allons assister principalement à la *quasi-coexistence* d'états de nature essentiellement différente.

M. B..., âgé actuellement de trente ans, est entré à la Section militaire de l'asile de Villejuif, le 18 novembre 1915.

Antécédents héréditaires. — La mère est une aliénée que la famille n'a jamais voulu faire interner et qu'on est obligé d'enfermer dans une chambre lorsque ses crises de mélancolie deviennent particulièrement intenses. En décembre 1915, elle a tenté d'étrangler ses deux enfants, et, à la suite de cette tentative, elle est restée un an malade.

Des *antécédents personnels* de B..., nous retiendrons surtout qu'après avoir eu son certificat d'études à onze ans et demi, il a toujours travaillé avec son père, qui avait un atelier de mécanique et qu'il était un excellent ouvrier. Fait important, il

(1) Kraepelin. *Psychiatrie, achte Aufl., Lpz., Barth*, Bd. IV, III Tl., 1915, p. 1782.

manifestait une certaine ingéniosité dans l'exercice de sa profession ; d'après son frère, il aurait même inventé un instrument pour la fabrication des sabots.

Mobilisé en août 1914, dans le génie, comme caporal, il a fait campagne sans incidents jusqu'en novembre 1915. Nous avons pu étudier sa correspondance avec une personne qui s'intéressait à lui, correspondance s'étendant du 22 avril 1915 au 23 juillet de la même année. Elle est parfaitement normale ; nous y relèverons seulement le grand intérêt qu'il prend aux engins mécaniques de guerre ; il accompagne son texte de schémas explicatifs.

Le début de la maladie ne semble pas cependant avoir été brusque. En effet, *son oncle* dit que le malade est arrivé chez lui, en permission, le 15 novembre 1915, présentant déjà des signes de folie. Il se plaignait d'être déconsidéré à l'armée, les officiers ne lui rendaient pas le salut, les soldats ne lui obéissaient pas. Conduit au cinéma par un parrain et sa famille, le malade en est revenu « tout à fait fou ». La pièce qu'il venait de voir avait été représentée exprès pour lui. Comme on lui avait demandé si le spectacle l'avait intéressé, le malade a compris qu'on cherchait à lui faire dire des choses compromettantes. Il a ajouté qu'il venait de découvrir un nid d'espions ; c'étaient des Autrichiens, il fallait les dénoncer. Il avait dans l'idée qu'il n'a fait que du mal, qu'il en a trop dit, qu'on veut le fusiller. *Conscient de son état*, disait à son oncle qu'il préférerait se suicider qu'être interné. A essayé de frapper sa tante d'un coup de couteau, mais s'est calmé grâce à l'intervention d'une voisine. Alors il a dit : « Je ne vous ferai pas de mal, rentrez ». On lui a fait comprendre que s'il recommençait, on le conduirait à la gendarmerie : « Vous voulez m'arrêter, vous m'en voulez aussi... » Puis *il a demandé lui-même à être arrêté, sentant bien « qu'il recommencerait, que c'était plus fort que lui. »* Craignait d'être empoisonné, voulait qu'on goûte les aliments avant lui. Était suspecté par tous, était filé.

C'est à la suite de ces faits, que M. B... entra à la Section militaire de l'asile de Villejuif, venant du Val-de-Grâce avec le certificat suivant de M. le D^r Briand : « Est atteint de dégénérescence mentale, avec confusion dans les idées, obsessions, hallucinations, interprétations fausses, impulsions et idées de persécution. Délire polymorphe. Agitation anxieuse par intervalles ».

Voici le certificat immédiat de M. le D^r H. Colin : « Est atteint de dégénérescence mentale avec délire polymorphe. Hallucinations de l'ouïe, illusions, interprétations délirantes ».

Le malade est agité, paraît anxieux par intervalles ; troublé, jette de tous côtés des regards effrayés. « J'ai donc fait quelque

chose?... Tout le monde me fait du mal... » Très confus. Le malade ne répond pas aux questions les plus simples. On dirait cependant qu'il veut répondre, paraît réfléchir longtemps, puis ne dit rien. « C'est affreux ce que j'entends... Pourquoi me prend-on pour un espion ? » Ramené dans sa chambre, pousse des cris de désespoir : « Ah mon Dieu ! ah mon Dieu ! »

Quinzaine. — Couché depuis l'entrée. Pendant plusieurs jours n'a mangé que du pain sous le prétexte qu'on voulait l'empoisonner. Aujourd'hui mange des légumes et un peu de viande avec beaucoup de difficultés. Pendant quelques jours a été anxieux et agité ; aujourd'hui est beaucoup plus calme. Assez bien orienté. Nous sommes fin novembre 1915, à Villejuif.

Le malade se souvient de ce qui lui est arrivé ; il le raconte lentement, avec un peu d'hésitation, mais cela paraît le gêner. Il est encore confus « ...mais j'ai vingt-cinq ans, je crois. »

L'évolution ultérieure de la maladie a consisté essentiellement en phases d'agitation psychomotrice avec perte de l'auto-conduction, impulsions, fausses reconnaissances (il prenait les infirmières pour ses cousines). Ces périodes étaient entrecoupées d'une atténuation partielle de ces phénomènes confusionnels, atténuation qui motiva même à un moment donné son passage dans un quartier de convalescence. Néanmoins, le fonds mental paraissait très atteint et il fut réformé temporairement, le 22 octobre 1917, avec le certificat suivant de M. le D^r H. Colin : « Dégénérescence mentale avec délire polymorphe, idées de persécution, illusions, impulsions violentes, affaiblissement intellectuel. Pas de changement appréciable depuis deux ans. Hérité morbide. A réformer et à interner. Nul rapport avec le service ».

Depuis cette époque, B... a manifesté en outre des préoccupations hypocondriaques, de la dépression psychique avec désorientation, du négativisme, des hallucinations de l'ouïe. Il se masturbe très fréquemment, manipule ses matières fécales dans les W.-C. ; il est même resté plusieurs mois dans un quartier de gâteux en raison de cette dernière pratique. Il manifesté, en outre, une indifférence affective des plus marquées à l'égard de sa famille et de sa marraine de guerre, qui est venue le voir plusieurs fois, sans qu'il se soit décidé à converser avec elle. Cependant, il lui est arrivé, par intervalles de quelques semaines, de pouvoir être employé utilement à la serrurerie.

Depuis environ un an, il y travaille même de façon à peu près continue. Il y est considéré comme un excellent ouvrier, faisant même preuve d'initiative dans l'exercice de son activité professionnelle. Remarquons, en outre, que cela ne l'empêche pas, tout en travaillant, de monologuer de façon plus ou moins

incohérente. Il paraît répondre à des « voix ». En outre, depuis la même époque, B... a exécuté toute une série de dessins, qui sont de nature, croyons-nous, à jeter quelque lumière sur son état mental. Leur examen nous a permis de les classer en quatre catégories : 1° des plans de machines industrielles parfaitement rationnels ; 2° des plans de machines, rationnels en tant que dessins, mais accompagnés de légendes symboliques, incohérentes pour nous ; 3° des dessins ironiques, manifestant une conscience relative de son état mental ; 4° des dessins et des écrits, d'apparence incohérente, et qui manifestent non de la confusion, mais une mentalité extra-logique.

1° Voici, par exemple, le plan d'un moteur à turbine. Nous l'avons soumis à l'examen d'un ingénieur, qui nous a déclaré qu'il ne s'agissait nullement d'une fantaisie, mais d'une machine pouvant parfaitement fonctionner (Voir fig. 4 et 5).

Voici le commentaire dont le malade accompagne ces plans :

LE MOTEUR A VAPEUR.

(Schéma du moteur à came.)

Le moteur à vapeur reçoit la vapeur par une entrée commandée d'une soupape à clapet mise en mouvement contre une petite came placée sur l'axe. Si nous ouvrons le robinet d'arrivée des gaz, la pression tendra à pousser le bout faisant piston sur la came et fait retourner celle-ci. La force motrice se transmet par l'axe. Le bout de la came étant arrivé en face le trou d'échappement, le carter sera vidé de la vapeur. Mais, le moteur fait remonter, en continuant à tourner, la pièce en forme de croissant qui s'éclipse dans le carter en demi-cercle : c'est le point mort. Il y a production de force pendant les $6/7^e$ de la révolution de l'arbre came moteur. Le corps du moteur est venu de fonte ou d'acier et assemblé au moyen de joints et boulons. Il porte le siège de la soupape et aussi les orifices des tuyaux d'arrivée et départ de vapeur et eau de condensation. Une seule soupape assure la commande de la vapeur ; l'échappement est libre, au départ de sortie. Un régulateur à boules agissant par l'effet de la force centrifuge agit sur l'admission de la vapeur, soit à détente fixe, par une vanne ou à détente variable fonctionnant par la soupape. Pour les moteurs plus forts on emploie en accouplements plusieurs comes motrices ou une grande came à bassages recevant la pression distribuée par palettes (croissants). Pour l'application, ce moteur fonctionne à la vapeur, à l'air comprimé, et même à l'eau.

CAMÉLÉON.

Moteur à vapeur

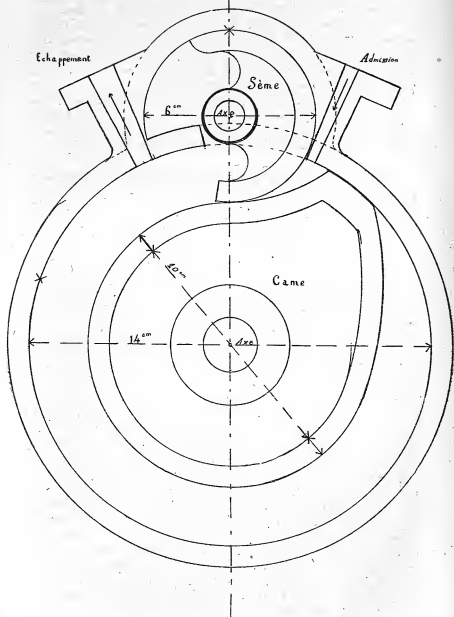


FIG. 4.

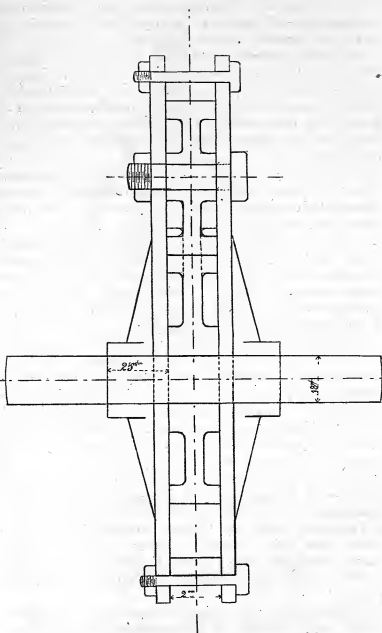


FIG. 5.

Ces dessins et ce commentaire sont parfaitement rationnels, sauf deux mots : la signature (« Caméléon ») et le mot « Sème » sur la figure 4.

(Ici on fait entrer le malade et on le prie de donner des explications sur ses plans. Il le fait en un *langage incohérent*, tel que celui que nous reproduisons plus bas. Invité ensuite à présenter son invention comme il le ferait à un entrepreneur de constructions mécaniques, il le fait en commentant les plans en un *langage rationnel*).

2° Voici, d'autre part, *le même modèle de machine*, reproduit (sous une forme moins détaillée) avec un commentaire absurde, au point de vue de notre mentalité logique (fig. 6).

3° D'autres dessins, d'apparence symbolique, ressemblant beaucoup aux dessins classiques des déments précoces, nous ont été caractérisés par le malade lui-même comme de simples plaisanteries. D'autre part quelques écrits semblent témoigner, de la part de B..., d'une conscience relative de son état.

4° Enfin d'autres dessins et presque tous les écrits de B... nous paraissent totalement incohérents. Il en est de même des explications que le malade donne *spontanément* de la plupart de ses dessins. Nous devons cependant faire une remarque importante à ce sujet ; comme nous venons de vous le montrer, en insistant, on peut lui faire exprimer en un langage rationnel ce qu'il venait d'exprimer en un langage symbolique.

Voici, par exemple, ce qu'il nous dit sur ses inventions : « Je prends dans les évangiles la base de mes inventions... Dans le *Magnificat* selon Jacob, la chimie de l'actinium léger, la soudure magnétique à l'électricité, tout y est ; il suffit de lire et d'expliquer. *Mag.* étant le diminutif d'un prénom féminin est le principe d'union ; *ficat* signifie *soude* ; *ni* c'est le diminutif de *nitre* ».

Il y a chez lui un curieux mélange de ce symbolisme verbal, sorte de mauvais jeu de mot, et de pensée normale. B... lit, en effet, actuellement un petit traité de mécanique appliquée ; d'autre part, lorsque nous lui demandons si, à l'atelier, il fait usage du contenu des évangiles pour son travail, il nous répond que non. Il



Cam. Sem. Japhet. Cambroune !

Vous savez dire merde monsieur !

Démence précoce ... Quoi ! ? Bonnet d'âne.

Ah ! le Masson. Est-ce pour von Bluck que vous travaillez ?

FIG. 6.

n'en a nul besoin. « Dans l'évangile, ajoute-t-il, c'est de la grande chimie ». Somme toute, nous pourrions dire que B... relègue son délire dans le domaine de la spéculation ; ce qui ne pourrait s'expliquer, sans un état de demi-lucidité relative.

Ainsi nous rencontrons chez B... un état de dissociation psychique des plus caractérisés. D'une part, en effet, son activité professionnelle est complètement conservée, le contingent mnémonique paraît intact, l'imagination créatrice ou tout au moins reproductrice est conservée. Il y a chez ce malade une demi-conscience de son état morbide. Par contre on observe chez lui la disparition de toute affectivité familiale et un mode de penser tout à fait incohérent, dans lequel on ne reconnaît plus les cadres logiques de la pensée normale. A ce point de vue la mentalité de B... rappelle celle de certaines peuplades primitives, chez lesquelles on ne retrouve ni le principe d'identité, ni le principe de causalité, d'où dérive l'incohérence de notre malade (Blondel). En voici des exemples tirés de Tylor et de Lang.

— Amollissez un morceau de bois par la mastication et vous amollirez le cœur des marchands de bestiaux et des femmes.

— Une pluie de larmes présage une pluie atmosphérique (1). Mais si l'on veut provoquer soi-même la pluie du ciel, il suffit d'amener la production de nuages noirs : le cultivateur allumera donc des feux qui fassent beaucoup de fumée, ou, puisque les nuages souhaités sont noirs, il sacrifiera des bœufs noirs (2).

— Craignez-vous que vos enfants naissent avec des queues de singe ? coupez des bâtons, images de ces queues (3). Il faut recueillir avec soin les pierres en forme d'objets utiles ou précieux, car elles assurent la possession de ces objets. Elles sont souveraines pour faire bonne chasse quand elles représentent un gibier (4). A leur défaut, on obtiendra également un bon résultat si l'on imite par des danses les allures de ce gibier ou

(1) *Tylor*, I, p. 138 : Zoulous, Kounds.

(2) *Lang*, n. 91-94 : Zoulous, Boschimans.

(3) *Tylor*, I, p. 443 : Indigènes du Brésil.

(4) *Lang*, p. 91-92 : Canaques, Zunis.

si on a soin de le reproduire en effigie (1). Les effigies permettent encore une opération souvent bien utile : les frapper équivant à frapper l'objet représenté, que ce soit une maladie ou un homme. Dans ce dernier cas le sauvage pratique un envoûtement, tout comme les civilisés (2).

Si nous ajoutons que B... a présenté, en outre, des phénomènes de confusion mentale périodiques et que les quatre genres de dessins dont nous avons parlé sont contemporains, on peut conclure, croyons-nous, qu'il y a chez ce malade, malgré la présence de troubles intellectuels de nature assez différente, la conservation de l'activité professionnelle et en outre d'un certain degré d'imagination créatrice ou tout au moins reproductrice. Mais ce qu'il y a de particulièrement intéressant ici, c'est, comme nous vous l'avons montré, le passage presque extemporané d'un mode de pensée à un autre, et même leur coexistence sur les documents graphiques. Sans doute, il y avait quelque chose d'analogue chez notre premier malade (coexistence de puérilisme et de supériorité intellectuelle mathématique) mais à un degré moindre que chez B...

Nous laisserons de côté intentionnellement le mécanisme psychologique de ces deux cas, très probablement en rapport avec un trouble primitif des tendances affectives, envisagées comme faisant partie du mécanisme sous-cortical régulateur des fonctions intellectuelles *sensu stricto*. Notre intention a été aujourd'hui d'en mettre en relief la séméiologie très complexe.

DISCUSSION

M. TOULOUSE. — Ces deux observations sont très intéressantes, parce que leur analyse clinique met en lumière ce fait que la démence précoce est un syndrome intermédiaire entre la confusion et la démence. Dans la démence précoce, il y a plus de lucidité que dans la confusion, et on ne trouve pas le vrai déficit intellectuel qui caractérise la démence. Cette analyse montre que,

(1) *Sal. Reinach*, I, p. 129-133.

(2) *Lang*, p. 91-94 : Dacotaes, nègres.

dans ces états, ce n'est pas tant une diminution des processus psychiques qu'il faut incriminer que leur mauvaise application.

Il aurait été intéressant de pousser plus loin l'étude de cet indice psychologique, de montrer que les fonctions élémentaires peuvent varier suivant l'effort d'attention, d'étudier aussi dans quelle mesure cette culture mathématique spéciale pouvait empêcher le sujet de sombrer dans la démence.

Il est tout à fait important de considérer la variation des résultats obtenus suivant les moments : ces résultats pouvant être tantôt tout à fait incohérents, tantôt tout à fait lucides. Il s'agit de savoir si les possibilités sont diminuées de manière continue, ce qui est le fait de la démence. Si ces variations sont grandes comme chez le confus, il est clair qu'il ne s'agit pas de démence : il y a défaut d'application, mais non pas diminution des capacités.

M. MOURGUE. — Il est intéressant d'insister sur ce fait que l'auto-conduction d'ordre social est perdue de façon définitive chez ces malades. Il existe chez eux une sorte de puérilisme, toujours constant ; ils ne peuvent pas vivre de la vie sociale ordinaire : il y a là une perte définitive, comme dans la démence.

M. TOULOUSE. — On peut aussi se demander si l'onanisme, qui est banal, ne pourrait pas être une des conditions principales de cet état de déficit qui constitue la démence précoce. Il y a dans cette émission répétée de sperme une dépense d'éléments rares qui peut jouer un rôle. Chez ce malade, l'onanisme a-t-il précédé l'apparition des troubles mentaux ?

M. VALLON. — Je suis frappé de ce fait que le malade se livrait à l'onanisme quand il était fatigué. Il est d'importantes distinctions à faire dans l'onanisme, et, en particulier, il faut savoir si l'onanisme est poussé ou non jusqu'à l'éjaculation. Brown-Sequard a signalé que de l'onanisme sans émission de sperme résulte une sécrétion qui, non suivie d'excrétion, détermine un certain tontus de l'organisme.

M. MOURGUE. — Chez notre malade, l'acte est un acte complet, et la dépression initiale est ensuite plus considérable encore.

M. COLIN. — Ce que nous avons voulu montrer, ce n'est pas la non-adaptation, mais la dissociation des différentes fonctions intellectuelles.

À un point de vue de l'onanisme, c'est au moment où ce malade paraît le plus dément précoce qu'il se masturbe.

M. PIÉRON. — Ces cas sont d'une interprétation difficile, parce que l'intelligence ce n'est pas quelque chose de suffisamment précis. Dans le premier cas, il y a moins des troubles de l'intelligence que des troubles de la conduite, du comportement, de la réalisation, dans la vie concrète, de certains processus. Il pourrait y avoir intégrité du jeu des facultés intellectuelles, mais troubles de l'affectivité, par exemple. Je ne sais pas s'il en est de même dans le deuxième cas, qui paraît plus avancé; mais, dans le premier cas, je me demande si ce ne sont pas les facteurs affectifs de l'activité qui constituent le trouble essentiel, trouble affectif.

M. DIDE. — Les observations de MM. Colin et Mourgue évoquent plusieurs recherches que nous poursuivons actuellement avec mon collègue Guiraud.

Il est fréquent de rencontrer chez de vieux aliénés une désorientation psycho-affective qui les pousse à des recherches cosmogoniques, sociales, scientifiques, car après une période pendant laquelle ils ont déconvert les auteurs objectifs de leurs sensations anormales, ils procèdent à des généralisations illimitées qui impliquent une activité intellectuelle très vive.

Une des raisons qui nous font estimer incompréhensible le délire de ces malades réside dans les néologismes nombreux dont ils se servent; ces néologismes obéissent à des règles précises que nous formulerons; elles procèdent d'une extension du concept verbal, le plus souvent d'une nature affective.

Reste la question de classification: ces malades sont-ils des déments précoces? À notre sens, évidemment non. Ils appartiennent à la catégorie des délires progressifs que l'école de Kraepelin appelle « paraphrénies ». Nous reviendrons prochainement sur ces points, que la communication de nos confrères a heureusement mis à l'ordre du jour.

M. BRIAND. — Comment ce malade se comporte-t-il dans les actes ordinaires de la vie?

M. MOURGUE. — Il présente parfois des impulsions, à d'autres moments, il est malpropre, et il a fallu le mettre pendant quelque temps dans le quartier des gâteux parce qu'il manipulait constamment ses matières fécales. Mais c'est un excellent ouvrier, et il y a là un contraste tout à fait remarquable.

M. DUPRÉ. — Le terme de démence précoce ne s'applique pas à de tels cas. C'est un terme global de pronostic et de diagnostic, fantif dans l'espèce, comme le montre bien l'analyse très fine de MM. Colin et Mourgue. Balzac montre en Louis Lambert un soi-disant dément précoce qui a conservé un certain nombre de facultés, et une activité remarquable, en littérature, par exemple. Ce malade, considéré comme incurable par Esquirol, présente du mutisme, de la dépression, de l'onanisme, des stéréotypies, du négativisme, etc. C'est du roman, mais du roman très près de la réalité, comme beaucoup de créations de Balzac, et cet exemple d'un cas qui présente les symptômes qu'on s'accorde à considérer comme ceux de la démence précoce peut servir à montrer l'insuffisance du terme « démence précoce ».

Beaucoup de ces malades ont des tendances cosmogoniques et de l'extension du concept verbal : ils parlent un langage nouveau, donnent un sens nouveau à des mots à sens très défini.

Il s'agit, en somme, d'un déséquilibré avec obsessions, impulsions, troubles de la conduite, ayant conservé une grande partie de son auto-critique, et qui explique ce qu'il fait, ce qu'il dit.

L'onanisme doit être considéré comme un effet et non comme une cause, et fait alors partie des aberrations de la conduite. Il y a longtemps qu'on ne peut plus le considérer, comme le faisait Tissot dans un traité ancien, comme un des facteurs de la dégénérescence de l'espèce.

M. BARBÉ. — Ne conviendrait-il pas d'appliquer à ces malades le mot de « folie discordante », employé par M. Chaslin ?

MM. DUPRÉ et DIDE déclarent ne pouvoir accepter ce terme de « folie discordante ».

Les fumeurs de Mariguana.

Par M. LOUIS LIVET.

L'attention est depuis quelques années attirée sur les nombreuses formes que revêtent les narcomanies. Tout dernièrement, à la Société de médecine légale, avec la collaboration de notre maître le Dr Briand, nous avons eu l'honneur de rapporter l'observation clinique des fumeurs de jusquiame et de présenter le matériel particulier à cet usage. Même aux premières époques de l'histoire, dans les civilisations les plus reculées, chez les peuples les plus primitifs comme chez les plus avancés dans la voie du progrès, on retrouve les traces bien établies de ce besoin factice de narcose, et du plaisir que procure l'onirisme toxique.

Souvent même, jusqu'à présent du moins, nous l'avons toujours constaté, à cette anomalie de l'individu s'incorporent chez les primitifs des préoccupations religieuses, asservies par des lois rituelles, et la narcomanie avec le concours du mysticisme est alors élevée à la dignité d'une institution sociale ; elle est acceptée comme telle par le peuple et exploitée par les prêtres, soit pour augmenter les terreurs superstitieuses, soit pour favoriser la production des oracles.

Nous avons l'intention de continuer ces recherches qui feront l'objet de publications ultérieures ; la présente communication n'ayant d'autre but que de signaler avec toutes ses particularités ethniques et médicales la très ancienne coutume mexicaine des fumeurs de mariguana.

Les détails très circonstanciés qui suivent nous ont été fournis par un constructeur qui jadis avait fumé à différentes reprises la plante onirogène ; notre documentation, croyons-nous, est entièrement inédite et sa publication peut intéresser à des points de vue différents les ethnologues et les médecins.

On observe encore actuellement au Mexique (1) un

(1) Tous les renseignements que nous publions sur les fumeurs

rite occulte de magie noire, à plus d'un titre curieux et pittoresque, c'est celui des fumeurs de mariguana.

Nous allons décrire successivement la plante rituelle, son usage, ses effets.

La flore du pays produit une espèce de cannabis, d'une teneur en principe actif sensiblement supérieure à celle du cannabis indica et que les indigènes hispano-mexicains ont appelé « Mariguana » ou « Grifa ».

Dans les anciens dialectes Aztèques elle est encore nommée *Ololiukqui* et sous ce nom elle est mentionnée dans un ouvrage du D^r Regnault intitulé : *Hypnotisme et Religion*. « On employait, dit-il, à cet usage (narcomaniaque) dans l'ancien Mexique une infusion de graines d'ololiukqui. » Il ne parle pas de la fumerie rituelle, ni de la détermination phytologique de l'ololiukqui.

Mariguana est le nom propre de la plante; il ne nous fut pas possible d'en retrouver l'étymologie; tout au plus pouvons-nous relever une certaine analogie entre ce nom et l'animal sacré, incarnant le dieu qui préside à la cérémonie : l'Iguane.

Le nom de Grifa, qui s'emploie tout aussi couramment que le précédent, est un dérivé dont la formation est la suivante : lorsqu'un chat se hérisse on dit qu'il est grifa; lorsqu'on fume le mariguana l'on éprouve la sensation d'avoir les cheveux et le système pileux comme hérissés, pareillement au chat grifa.

Ce vocable s'est porté par extension sur le fumeur tout d'abord, ensuite sur la plante elle-même. Nous avons donné cette étymologie en raison du détail clinique qu'elle met en évidence et que nous retrouvons plus loin au cours de notre description : la sensation d'horripilation, le hérissement des cheveux.

Une étymologie analogue peut être appliquée au kief : le mot kief, en arabe, signifie béatitude, narcose; cette béatitude étant habituellement procurée par le

de mariguana nous ont été fournis par M. D... R... qui a bien voulu autoriser leur communication à cette Société en anticipant sur la publication de ses travaux personnels. Qu'il veuille bien trouver ici, avec nos remerciements bien vifs pour son extrême obligeance, le témoignage de notre admiration pour son talent et son érudition.

cannabis, pareillement à la grifa, cette plante a pris le nom de l'une des perversions de la sensibilité causée par son usage.

La culture du mariguana ou grifa est interdite par les lois du pays; elle se pratique néanmoins secrètement dans certaines régions de l'intérieur. Son commerce, malgré la prohibition, se fait sur une assez grande échelle, car nombreux sont les consommateurs de la drogue; ce sont des Indiens, herboristes ambulants, marchands d'amulettes, sorciers, vendeurs de plantes magiques ou médicinales, qui la colportent clandestinement parmi surtout la clientèle des filles publiques et des débauchés.

Sans préparation, la mariguana ne peut être fumée directement, car sa teneur en principes toxiques est très forte et risquerait de provoquer des accidents graves pouvant aller jusqu'à la mort; il faut par une macération préalable dans l'alcool lui retirer les essences les plus labiles et les plus dangereuses. Cette manipulation est assez délicate, car l'herbe trop longtemps macérée perdrait toutes ses qualités narcotiques. Il faut, en conséquence, une grande habitude pour arrêter l'opération à la teneur optima de cannabine exigée par l'usage spécial de la fumerie.

Il y a plusieurs façons de fumer le mariguana. Les fumeurs isolés qui, en dehors de toute pratique rituelle, par seul besoin oniromanique se livrent à cette narcose, donnent la préférence à la cigarette confectionnée avec des feuilles mêlées de tabac et de mariguana. D'autres font infuser le tabac dans une décoction de mariguana, puis ils le font sécher et le roulent ensuite en cigarettes.

C'est toujours dans une feuille séchée de maïs que cette préparation est enroulée pour être fumée.

Des particularités semblables sont indiquées à propos du haschisch par Baudelaire dans les *Paradis artificiels*.

« A Constantinople, dit-il, en Algérie et même en France, quelques personnes fument du haschisch mêlé avec du tabac; mais alors les phénomènes d'intoxication ne se produisent que sous une forme très modérée et pour ainsi dire « paresseuse ».

Au reste, cette intoxication solitaire, tant au point de vue clinique qu'au point de vue sociologique, est à

beaucoup près moins intéressante que la suivante : l'intoxication collective.

L'usage de fumer en commun le mariguana au Mexique est extrêmement ancien, il se fait selon un rite religieux, rite secret des premiers occupants du sol, adorateurs des divinités mexicaines ; depuis la conquête de l'Amérique par les Espagnols il a subi les influences des nouveaux rites importés, et s'est plus ou moins transformé, analogue en cela aux rites Vaudoux que l'on rencontre à Cuba, Haïti, et d'une façon générale dans les Antilles et dans l'Amérique équatoriale.

Ses adeptes forment des sociétés secrètes ; ils se réunissent à des périodes déterminées en des lieux connus des seuls initiés ; ce sont des locaux particuliers exclusivement consacrés à cet usage, comme l'on peut observer chez nous des fumeries d'opium. La cérémonie consiste essentiellement en la fumerie d'un gros cigare de feuilles de mariguana ; elle est accompagnée de mélopées rituelles et d'interprétations cabalistiques.

Les fumeurs de mariguana se recrutent dans toutes les classes de la société, tous et toutes indistinctement se réunissent dans une même pièce et s'asseoient en rond sur des nattes dans un ordre alterné : un homme, une femme, un homme, etc. ; artistes, poètes, bourgeois, artisans, grandes courtisanes et basse pingre se confondent dans la même observance des rites cabalistiques. A tous ceux qu'un regret consume, à tous ceux qu'un désir torture et qu'un souvenir harcèle, la drogue s'offre comme un « bienfaisant Léthé » prometteur d'ivresse et d'oubli, de bonheur retrouvé, de voluptés parfaites. Dans la pièce carrée aux murs nus et blanchis à la chaux, les fumeurs sont réunis ; de petites chandelles brûlent devant une image religieuse placée dans un recoin de la muraille. Cette image est presque toujours celle de la Vierge des Douleurs, « Virgen de los Dolores », dans les sociétés où prédomine l'élément féminin. C'est l'image de la « Santissima Trinidad » dans d'autres milieux, cette différence ayant d'ailleurs sa très particulière signification. Des nattes sont étendues à terre, les fumeurs s'installent, la cérémonie commence.

Au milieu du cercle des assistants, on place un iguane vivant ; la présence de ce saurien ne correspondant pas

seulement à un symbolisme particulier, mais aussi, comme nous le verrons, à une nécessité d'ordre médico-physiologique, puisqu'il doit servir de témoin et d'index à l'intoxication humaine.

Le cigare est allumé et le premier fumeur aspire une bouffée, puis, dans un baiser buccal, il la transmet à sa voisine. Celle-ci doit l'absorber, aspirer à son tour au cigare et toujours par la même voie transmettre à son autre voisin la fumée narcotique.

En passant de cette singulière façon de l'un à l'autre le cigare fait le tour de la société.

L'iguane pendant ce temps présente une particularité curieuse : il est comme attiré par l'odeur de la fumée et tourne la tête du côté du cigare, sa petite bouche est ouverte comme pour boire lui aussi à la source d'ivresse ; en même temps que le cigare fait le tour de la société, l'iguane exécute sur place un tour complet sur lui-même et comme les assistants, progressivement, il s'intoxique.

La cérémonie se poursuit aux sons monotones d'une mélopée rituelle dont voici les paroles et la traduction :

« Onyonyon!... Onyonyon! que iguana tan loca; Mira la! Mira lá! Como abre la boca! Este grifa es de... Cosechada en Tepic. Bien curada con alcohol. Y que en mis orejas hace : Ron... Ron... Ron... »

On remarquera les onomatopées traduisant les bruits hallucinatoires auditifs causés par l'intoxication.

« Onyonyon ; Onyonyon (bruits d'oreilles). Comme cet iguane est fou. Regardez-le! Regardez-le! Comme il ouvre la bouche! Cette grifa est de (tel endroit, de la fumerie). Elle fut cueillie à Tépïc (localité renommée pour cette culture). Savamment traitée par l'alcool. Et dans mes oreilles elle fait : Ron... Ron... Ron... »

Le rite comporte habituellement treize tours complets, c'est-à-dire pour chaque fumeur treize aspirations au cigare. Presque toujours au treizième tour (chiffre fatidique) l'iguane tombe intoxiqué. Sa chute est à la fois un indice et un présage. C'est l'indice qu'il ne faut pas sans risques graves fumer plus longtemps, et quand l'iguane tombe la fumerie cesse. Mais aussi cette chute est un événement gros de symbolisme rituel et d'interprétations superstitieuses : si l'iguane tombe avant le

treizième tour, c'est qu'un des fumeurs doit mourir prochainement et le fumeur que ce présage désigne doit se trouver dans la direction que prend la queue de l'iguane; comme d'autre part cette queue décrit une courbe ondulée, deux ou trois adeptes se trouvent dans l'angle fatal.

Si maintenant l'iguane est tombé après le treizième tour, c'est qu'un traître, un espion, s'est glissé dans l'assemblée et, par la direction que prend sa queue, l'iguane désigne encore celui dont la présence est suspecte.

Mais déjà avant la chute de l'iguane, avant le treizième tour du cigare, l'ivresse se manifeste chez un ou plusieurs des assistants, les bruits d'oreilles en ont été les premiers phénomènes. L'intoxication se développe ensuite, et, selon la constitution psycho-névropathique du fumeur, elle ajoute à son sommeil, ses broderies et ses images hallucinatoires et délirantes. Quoique cette narcomanie ne soit qu'une paraphrase du Haschischisme, nous croyons utile aussi bien qu'intéressant d'en relater plus en détail quelques symptômes et particularités.

Comme nous l'avons dit précédemment, les fumeurs de grifa sont tous gens ayant quelques désirs à satisfaire, que ce désir se reporte au passé comme le regret ou qu'il tende vers l'avenir comme l'espérance. On pourra par exemple voir à la fumerie les amoureux qui ont perdu une personne aimée, la mère qui veut revoir son enfant mort, le joueur ruiné, le littérateur épris de rêve et même le mathématicien qui poursuit un problème.

Car, c'est là une particularité intéressante, il est possible aux fumeurs « expérimentés » de doser exactement leur intoxication et de la localiser pour ainsi dire sur tel ou tel sujet bien déterminé, comme un souvenir, un problème, etc... Ils vont fumer *pour une chose*, et cette volonté primordiale coordonne ensuite dans une certaine mesure tous les mécanismes psychiques de leur intoxication. On dit, de tels fumeurs, qu'ils « savent » fumer et le verbe espagnol « conocer » savoir, connaître, est employé couramment à cet usage. Il faut d'ailleurs à ce fumeur une grande

énergie pour conserver intact son but à atteindre, soutenir son désir au-dessus de l'ivresse et lui éviter d'être eulisé par la narcose envahissante; c'est un point optimum qu'il doit obtenir sans le dépasser, car, une fois cette limite franchie, le fumeur perdant alors tout contrôle de lui-même, tombe soit dans l'assoupissement, soit dans l'ivresse furieuse.

Il est à noter également que ce but, cet objet du rêve narcotique, est presque toujours d'ordre sentimental, le plaisir sexuel n'est que très rarement recherché; l'excitation génésique n'étant d'ailleurs observée qu'au début de l'intoxication. Cependant, il est vrai, quelques fumeurs individuels, des prostituées surtout, ne cultivent que ce degré-là, et pour avoir l'illusion de leur amant véritable, avant de se livrer à leur commerce, elles fument une cigarette convenablement dosée. Rappelons à ce propos que, en 1608, le célèbre cordonnier italien De Nobilibus fut brûlé comme magicien à Grenoble, parce que, à l'aide d'un onguent magique il procurait aux amoureux un commerce intime avec la personne aimée. Dans cet onguent vraisemblablement devaient intervenir la jusquiame et le chanvre.

Le parfait adepte de la fumerie sacrée doit donc posséder en cela une véritable éducation acquise par la pratique. Parmi les symptômes qu'il éprouve lors que la narcose suit son cours régulier, la part prédominante revient d'abord aux troubles de la coenesthésie, il se sent particulièrement léger dans l'espace, comme élastique et soustrait à la pesanteur, il éprouve le besoin de sauter et de faire des bonds; ses bras, ses jambes lui semblent être de verre. Les gens qui l'entourent participent au même sentiment d'étrangeté, il les voit comme aériens, glissant à quelques centimètres au-dessus du sol, ne marchant plus sur la terre.

Il éprouve en permanence la sensation d'avoir les cheveux hérissés, une horripilation généralisée à tout le tégument, ce que nous appelons la chair de poule, le nom de *grifa* donné à la plante vient de là, comme nous l'avons exposé plus haut.

Ses membres, lui semble-t-il, changent de grandeur. Sa main gauche par exemple lui paraît tout à coup énorme, démesurée; il veut la saisir avec la main droite

et voici qu'elle devient petite, ridiculement petite. Et cette constatation déchaîne un éclat de rire, soudain, irrésistible, interminable, ou bien le contraire, une crise de larmes, tout aussi facile et tout aussi immotivée.

D'autres sensations pareillement extravagantes peuvent s'observer : les uns croient avoir les os du crâne disloqués, ou la moitié de la voûte crânienne absente ; d'autres ont l'impression que le maxillaire inférieur sort des articulations maxillo-temporales et tombe, cette dernière impression est quelquefois si vivement ressentie que certaines femmes s'attachent autour de la tête un mouchoir passant sous le menton.

Chez d'autres femmes enfin les seins paraissent augmenter de volume et la sensibilité du mamelon devient exquise, en conséquence quelques-unes, à cette période de l'ivresse, dégrafent leur corsage et mettent leurs seins à découvert.

Les souvenirs envahissent en foule l'imagination, parfois très confus, parfois singulièrement nets et précis sur un point particulier ; c'est généralement cet instant qui est recherché par la plupart des fumeurs, car il s'accompagne d'un sentiment de bien-être et de grande facilité dans le jeu des facultés psychiques. Chacun savoure son rêve et son bonheur, établissant la concordance trompeuse du désir et du délire. A cet instant de la cérémonie, le tableau est particulièrement pittoresque : Les uns, à genoux et prostrés, adressent une prière à la Vierge ; le joueur croit voir et palper l'or scintillant qu'il a gagné au jeu ; l'amoureux contemple la fiancée qu'il a perdue, il peut lui caresser et entendre sa voix : l'écrivain, l'artiste, savourent ces moments précieux où comme l'a écrit le poète : « Les parfums, les couleurs et les sons se répondent », leur imagination est en fête, leurs souvenirs ont pris une réalité tangible, ce ne sont plus des souvenirs mais des hallucinations véritables, que leur volonté peut encore modifier et façonner, avec qui ils peuvent converser et s'entretenir, se comporter comme dans un monde réel.

Puis l'intoxication poursuivant sa marche, l'excitation psychique fait place à de l'engourdissement, les images mentales redeviennent confuses, la torpeur s'empare du sujet qui ne tarde pas à s'abîmer en un profond som-

meil ; quelques fumeurs moins profondément intoxiqués évitent le sommeil, ils sortent graduellement de leur état morbide et retrouvent leur conscience plus ou moins lucide. Ceux-là au bout de quelques instants se lèvent un peu titubant et silencieusement ils se retirent ; pour les autres le sommeil se prolonge un temps variable, il est suivi d'un réveil qui s'accompagne bien de quelques désagréments : céphalées, engourdissement des membres, empâtement de la langue et difficulté dans l'articulation des mots.

Après la fumerie, l'alcool est un antidote ; aussi le recommande-t-on pour dissiper les derniers symptômes de l'intoxication. C'est une observation courante, paraît-il, qu'un homme fortement alcoolisé ne peut pas être en ivresse de mariguana. Si d'autre part il est, par suite de cette ivresse, en danger de mort, c'est encore de l'alcool qu'on lui fait absorber. Les accidents, quoique assez rares, ont cependant lieu ; quand un fumeur éprouve dans la fumerie des malaises graves, des serviteurs habitués, appelés « cuidadores » ou « soigneurs » s'approchent du malade et lui portent secours, les cuidadores sont spécialement destinés à surveiller et traiter les accidents. Ce sont généralement des femmes ayant réputation de sorcières et de guérisseuses par la vertu des plantes, elles administrent au malade des infusions de café, de feuilles d'orangers, de l'alcool et du lait en guise de contrepoison.

Le lendemain, de toute la riche efflorescence imaginative et délirante, rien ne subsiste ; les détails sont confus, les souvenirs éparés ; seule la satisfaction du désir poursuivi s'impose à la conscience comme une sensation réelle, comme un fait accompli parfois même avec toute la force d'une conviction, analogue en cela aux idées fixes post-oniriques, que l'on peut observer après la phase aiguë d'une confusion mentale. Pareille conviction post-onirique est d'ailleurs commune à tous états résultant de l'abus des toxiques ; à ce sujet, nul exemple n'est plus frappant que celui des sorcières du moyen âge dont l'histoire est rapportée par Delancré (dans son tableau de l'Inconstance des Mauvais Anges, in-quarto, Paris 1613). Ces malheureuses que les tortures mêmes n'arrivaient pas à désabuser s'imaginaient

avoir été transportées au Sabbat et avoir livré leur corps au Démon, tout cela après que leur « marraine de Sabbat » avait sur elles pratiqué l'onction magique, enduisant tout leur corps du baume des sorciers dont nous avons parlé plus haut.

Ces fumeries en commun dont nous venons d'esquisser le tableau ne déterminent habituellement qu'une ivresse paisible, l'individu en équilibre constant d'intoxication avec son entourage n'a jamais de réactions violentes. Il n'en est pas de même pour le fumeur isolé. Celui qui s'est livré sans mesure et sans contrôle à l'intoxication peut dépasser la dose optimale ; la surexcitation psycho-sensorielle produite par le narcotique a pour résultat de développer alors à l'extrême l'irritabilité de l'adepte ; tout ce qui peut le déranger, le distraire de cet état lui devient une atroce souffrance ; si dès lors il se trouve mêlé à la vie commune, un appel, un contact interrompant son rêve, le voilà lancé dans une fureur sans retenue, s'il a une arme il en fait usage et blesse ou tue les individus qu'il rencontre.

Comme la mariguana, le kief en Algérie peut produire des états analogues. Des fumeurs solitaires de kief sont aussi fort dangereux et redoutables ; ce sont ces Arabes qui dans leurs crises paroxystiques et délirantes, avec un couteau à la main, parcourent les rues de la Kasba, frappant sur leur passage tous ceux qu'ils rencontrent. Le peintre orientaliste Dinet, profond observateur des mœurs musulmanes a parfaitement rendu dans un de ses tableaux cette effrayante scène : un forcené, le visage grimaçant, un long couteau dans la main droite, fait mille efforts pour échapper à l'étreinte de ses coreligionnaires ; derrière ce groupe, un Arabe lève une massue au-dessus de la tête du fou furieux, il va le frapper et l'étourdir, rééditant par ce geste la thérapeutique d'urgence de l'agitation chez les primitifs.

Ainsi donc la mariguana produit sur l'organisme des troubles sensiblement les mêmes que le kief et le hachich, ce qui s'explique très bien puisque ces trois drogues ne représentent sous trois longitudes différentes que des variétés d'une même espèce végétale : le cannabis.

Rappelons sommairement les principales particularités de cette pratique mexicaine :

Son association à des pratiques survivantes desorcellerie et de magie populaire ;

La présence d'un animal rituel comme témoin d'intoxication ;

Le dosage expérimenté du tonique par les fumeurs avertis ;

L'action antitoxique et contrariante de l'alcool ;

L'absence de réactions violentes chez les fumeurs en commun.

Ces réactions fréquentes au contraire chez les fumeurs isolés.

Enfin, mettant en parallèle les symptômes de l'intoxication chez les fumeurs isolés et chez les fumeurs en groupe on voit que, dans l'intoxication solitaire, la narcomanie est plus variable, pouvant aller jusqu'à l'extrême ; elle est plus moyenne, plus constamment égale à elle-même dans l'intoxication collective ; comme si une arithmétique inconsciente en faisait l'égale répartition à chacun des fumeurs ; le psychisme collectif harmonise et uniformise les psychismes individuels, augmentant chez celui-ci son appoint personnel, et le diminuant chez celui-là. C'est là un phénomène du même ordre que ce qu'un orateur expédiant a pu appeler : la chaleur communicative des banquets. Il ressortit pareillement à cette psychopathologie des foules à laquelle notre étude désire apporter aussi son appoint.

DISCUSSION.

M. DE CLÉRAMBAULT. — J'aurai à publier diverses observations sur le hachich, recueillies en Tunisie et au Maroc. Deux particularités psychologiques me paraissent mériter spécialement d'être notées.

L'une est la scission absolue entre le jugement et le contrôle des actes. Le sujet intoxiqué non seulement juge autrui avec finesse, mais encore se juge lui-même assez sainement dans toutes ses modalités délirantes (excitation, illusions, hallucinations, impulsions) ; néanmoins il se sent contraint à agir comme s'il ne possédait

dait aucune auto-critique. Certes le même contraste existe à quelque degré dans les débuts de toutes les ivresses, mais aucune ivresse arrivée au stade aigu ne le présente au même degré que l'ivresse due au hachich. De nombreuses historiettes, classiques dans le monde arabe, illustrent cette particularité.

Une deuxième particularité psychologique réside dans le dé cours de l'ivresse. Celle-ci, au lieu d'être continue, procède par poussées successives, que séparent des intervalles calmes. Les Arabes disent : « La première ivresse est montée, la deuxième ivresse est montée, etc. » Chaque retour d'ivresse est marqué par des sensations céphaliques brusques et violentes, comme explosives.

Cette donnée a été notée incidemment dans quelques descriptions d'ivresses par le hachich, mais les commentateurs me paraissent ne l'avoir pas mise en valeur comme il convient.

Une troisième particularité, celle-là neurologique, est, je crois, totalement inédite. C'est l'existence, chez les hachichins invétérés, d'un trouble trophique très exactement comparable à un mal perforant plantaire. Cette lésion siège sous la plante du pied au niveau de la tête des métatarsiens, elle est susceptible de régressions et d'aggravations réitérées. Les Arabes adonnés au hachich prétendent que cette lésion apparaît seulement au cas de sevrage ; cette assertion me paraît être très erronée. Peut-être repose-t-elle sur ce fait, que fréquemment, chez les sujets très délabrés, l'abandon du hachich signifie absence de ressources, abandon de toute activité, et de toute alimentation, donc accroissement de la misère physiologique ; une cure bien réglée, certainement, ferait disparaître à la fois l'état cachectique et le mal perforant qui en résulte. La lésion en question s'accompagne d'amyotrophie, d'analgésie et d'abolition des réflexes. Elle paraît ne pas résulter, tout au moins ne pas résulter directement de l'infection syphilitique presque constante chez ces sujets ; nous rappelons que le tabes est rare chez les Arabes.

Résulte-t-elle de l'association de la cachexie de cause toxique avec la syphilis ancienne ? C'est possible. Les Arabes regardent, et probablement avec raison, le mal perforant en question comme particulier aux hachichins.

Le nom de cette lésion, en arabe, est « Mesmar », ce qui signifie exactement « Clou ».

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Dans la communication très intéressante de M. Livet, je remarque que ces intoxiqués présentent de la chair de poule, symptôme qui est fonction de troubles du sympathique. Rapprochant ce symptôme des perturbations de la cénesthésie il est permis de se demander s'il n'existe pas là une intoxication relativement élective sur le sympathique?

Délires systématisés. Forme psychomotrice. Variété spirite.

Par MM. MAURICE DIDE, CHARLES PEZET et MIRC.

Les cas de *délire spirite* déjà publiés présentent des difficultés de classification qui ne paraissent pas avoir été surmontées lors des discussions à la Société de Psychiatrie. C'est à solutionner ce problème nosographique que nous allons appliquer nos efforts à propos d'une observation nouvelle.

Les délires spirites s'accompagnent tous d'hallucinations psychomotrices abondantes et d'interprétations délirantes plutôt euphoriques (1), de sorte que, malgré leur systématisation étroite et progressive, il semble excessif de situer ces malades parmi des persécutés. Si donc on admet, et c'est légitime, que les aliénés chez qui prédominent des hallucinations psycho-motrices, *sans tendance à la désagrégation psychique*, méritent, comme Ségla (2) l'a parfaitement indiqué, de constituer une forme spéciale parmi les délires systématisés, il paraît important également d'y réserver une *variété* dont les expressions sont euphoriques rapidement. L'un de nous avait jadis décrit un délire systématisé à base euphorique (3), d'ailleurs nettement différent des délires spirites en ce que les tendances psychomotrices n'y apparaissaient pas au premier plan.

(1) Pierre Janet. *Encéphale*, 1909, p. 363.

(2) Ségla. *Leçons sur les maladies mentales*, 1895.

(3) Dide et Carras, *Archives de Neurologie*, mars 1912.

L'étiquette que nous attribuons se légitime, espérons-le, par la lecture de l'observation suivante :

L... est une femme de trente-huit ans, soignée, presque coquette, aux traits réguliers et jeunes, au teint coloré, aux yeux rieurs. Elle jouit d'une florissante santé, que décèle un certain embonpoint. Elle s'occupe régulièrement avec activité, méthode et initiative, et conduit une machine à tricoter des bas. Aucune employée salariée ne s'acquitterait avec plus d'entrain de ce travail, parfois monotone. Les rapports avec ses compagnes sont en général empreints d'une bonhomie simple et charmante; seules certaines périodes de surexcitation la rendent susceptible, difficile, détruisent la bonne harmonie de ses relations avec ses compagnes d'infortune et produisent de nombreuses batailles, uniquement verbales, et où elle veut toujours avoir le dernier mot.

D'une intelligence assez vive, elle a pu s'adapter rapidement au mécanisme de l'appareil qu'elle conduit, et son apprentissage a été de courte durée. Elle a conservé les souvenirs intacts d'une instruction primaire, et si certaines réponses sont un peu lentes à venir, elle le met, à juste titre, sur le défaut d'entraînement. Elle ne manifeste dans la conversation courante aucune idée délirante, s'intéresse aux événements actuels, répond par des réparties amusantes, cherchant à distraire ses compagnes. Son activité familiale serait conservée si l'on s'en tient à ses déclarations; cependant, elle n'écrit jamais aux siens et n'exprime par le désir de les voir.

M^{me} L... nous raconte son histoire avec un plaisir évident, fournit de nombreux détails sur ses particularités psychologiques.

En 1909, grâce à la complaisance d'une amie, elle a pu s'initier aux principes spirites et se faire admettre dans la société du Cercle des sciences occultes, dit spiritisme, de Toulouse. A partir de cette époque, elle en suivit régulièrement les nombreuses séances. Elle est, en effet, un « médium spécial », qui comprend ce que dit l'esprit, et peut converser avec lui sans être dans la « transe ». Elle a causé avec l'esprit de ses parents, puis avec d'autres esprits d'une essence supérieure.

— J'ai communiqué avec l'au-delà, dit-elle. J'avais un esprit et j'étais consciente de tout ce qu'il me disait.

— Que vous a-t-il dit?

— Il m'a dit : « Voilà, il faut que tu obéisses, que tu marches, tu as promis d'obéir ». J'ai fait la réplique. Mais je n'ai rien promis. J'ai demandé qui il était : « Je suis ton Père, je suis Dieu le Père, tu es mon fils unique, tu es le Christ d'autrefois fait femme. Tu as promis d'obéir dans la nuit. »

Mais il appelle dans la nuit une vie précédente, c'est-à-dire dans une autre vie. Quand j'ai été le Christ, j'ai dit, mourant sur la croix : « Si la coupe ne peut pas s'éloigner de mes lèvres, que sa volonté soit faite ». Alors, il m'a dit qu'il n'y avait que moi qui pouvais sauver le monde. Et alors, moi, j'ai dit que si c'était pour le bien, pour le bonheur de tous, j'acceptais de faire ce qu'il me disait. Voilà ce qu'il m'a dit.

C'est ainsi qu'elle est devenue ce qu'elle est, « le corps de Dieu en nature pour la résurrection de la chair et la vie éternelle ».

Il nous est facile de lui faire expliquer le caractère des hallucinations psycho-motrices qui lui ont permis d'organiser son délire spirite.

— Je vais vous expliquer, dit-elle. Je comprends que je suis un phénomène, un sujet, et c'est une force, c'est-à-dire l'esprit, qui agit sur mon corps. *C'est comme si j'étais un gramophone, qu'on mettrait en moi tout ce qu'on me fait dire. Cette force me pousse à parler, se déroule comme un cylindre, c'est-à-dire en voix qu'on appelle mentale, mentalement. La révélation a été entendue par moi en dedans. C'est comme si c'était moi qui serais en double en dedans de moi ; que cela parlerait par moi-même par mon organe.*

— Qu'entendez-vous par organe ?

— J'entends par organe le mouvement de la parole que, sans doute, tout le monde doit sentir et comprendre en soi lorsqu'elle parle mentalement. Cela me fait parler ; je dis, par exemple : *Tu par le ras*. Chaque syllabe bien expliquée, bien lentement, pour former le mot, *mais sans voix alors*. Tout ce que j'ai appris, c'est l'esprit qui le met en moi, et *ça se déroule par mes lèvres, par ma voix, à diapason plus ou moins haut*.

— Cette voix, l'entendez-vous comme la mienne ?

— Non, *elle parle par mon organisme, par mon verbe*. C'est une voix qui fait parler mon verbe. Elle est semblable à ce que l'on sent lorsqu'on se dit à soi-même : *tiens, je veux aller là*.

— Comment savez-vous si c'est l'esprit qui parle ou une idée qui vous vient ?

— Mais l'idée ne parle pas.

— Vous dites que l'esprit ne parle pas avec une voix ?

— Mais oui, ce n'est pas une voix que j'entendais à côté, au-dessus ou au-dessous. Il parle en moi, rien que pour moi. Il utilise mon verbe.

M^{me} L... ne paraît pas avoir présenté des idées de persécution, mais au début de ces troubles délirants ses hallucinations psychomotrices étaient inhibitrices, et c'est ainsi que, pendant plusieurs jours, elle s'est peu

ou mal nourrie, parce que sa voix intérieure lui ordonnait de ne pas manger. C'est ainsi qu'après avoir commandé un repas dans un restaurant de la ville, elle est repartie sans avoir pu s'alimenter, car la voix lui avait donné l'ordre de ne rien prendre.

Elle ne présente aucune hallucination auditive, *une seule fois, au début de son délire*, elle aurait entendu un chant mélodieux qui, après l'avoir réveillée, se serait éloigné. « Il m'a ravi, j'étais en extase; le chant me disait : Au ciel! Au ciel! »

A ces troubles psycho-moteurs sont venus s'ajouter des idées d'immortalité.

« Je suis l'immortalité, la vie éternelle, et je ne risque pas de mourir. Je n'irai pas au cimetière. Si je me change de corps, ce sera par métamorphose, et même il me tarde de quitter le corps que j'ai. C'est pour cela qu'on m'a haché mes chairs, et ces chairs déracinées reprennent vie par un feu et par des fluides, car c'est une chair impérissable que je crée. A mesure que cette chair pousse, les esprits entrent en moi et prennent la vie de ma chair et de mon sang. »

Les idées de grandeur, d'immortalité, découlent tout naturellement de ses conceptions sur le monde, l'univers et les êtres. Pour assurer la systématisation, l'organisation de son délire, elle s'appuie sur des interprétations et des réminiscences des textes sacrés ou, parfois, sur de simples associations verbales.

« Nous sommes tout, c'est-à-dire nous sommes d'abord le monde invisible, le monde magique, parce que faits du monde spirituel ou invisible. Ce monde ne peut se voir que si on est invisible. Il ne s'est rendu visible qu'en se matérialisant. Donc, nous sommes ce que l'on appelle des terriens, et nous ne pouvons habiter que sur la terre, dans un corps. Tout ce qui est matériel est un corps : le grain de sable, la goutte d'eau, sont des corps et ont la vie. Or, nous avons été cela. Tout ce qui existe, nous l'avons été. A chaque création successive, il y a eu métamorphose, et nous avons été changés en autre chose. C'est ainsi que nous avons évolué d'une chose à une autre pour arriver à l'état d'*Etre*. L'*Etre* est donc composé de tout ce qui existe sur la terre comme création. Nous sommes faits de molécules, qui représentent les germes de tout ce que nous avons été. Par conséquent, nous sommes *tout* sur la terre, mais ce tout est plus ou moins beau. Nous devons à la terre tant de corps, car nous

avons toujours existé et nous ne pouvons pas ne pas exister. Ainsi, lorsque notre enfant est né, il a au même moment trépassé ailleurs. Chacun de nous est Dieu, car Dieu le Père est fait de tous et nous sommes les parcelles de Dieu. Nous sommes ainsi tous des Dieux, mais des faux Dieux, parce qu'il n'y en a qu'un. Seul sera le vrai Dieu celui qui montrera les trois personnes; tandis que Dieu le Père est un pur esprit, car il ne s'est jamais montré et c'est un faux Dieu. « Notre Père qui êtes aux cieux, *que votre règne arrive*, que votre volonté soit faite... » Puisque son règne n'est pas arrivé, cela prouve qu'il n'est pas le vrai Dieu; c'est celui qui laisse tout faire et qui ne dit rien. Il faut qu'il attende la fin des temps pour rendre ses comptes. Il y sera forcé par son Fils, parce que celui-ci est nommé et héritera de tout ce qui est sur terre. »

M^{lle} L... a présenté au début de son internement des périodes d'excitation parfois assez marquées, avec associations verbales :

« En effet, je me suis livrée à plusieurs amants, donc la raie de mon cul; la raie qui se trouve dans mon fondement a été publique. — C'est de là qu'est née la république ». (Raie publique).

L'excitation apparaît à chaque interrogatoire, surtout en public, et procède par étapes successives : d'abord la malade accélère son débit, puis on la voit rongir jusqu'à ce que sa figure se congestionne; le ton devient vibrant et la gesticulation emphatique; son aménité disparaît et elle témoigne d'une certaine irritabilité; elle évoque volontiers des souvenirs irritants, des observations mal interprétées entendues des années auparavant; elle paraît prête à se mettre en colère, mais ses discours restent empreints d'un ton badin où des plaisanteries d'une extrême crudité sont destinées, semble-t-il à scandaliser l'auditoire, mais traduisent un éréthisme génital évident.

Cette *propagation à l'excitation* qui part des sphères psychomotrices verbales pour gagner la motilité générale, l'activité intellectuelle et les représentations génitales, mérite d'être soulignée.

Nous pensons légitime le diagnostic de *délire systématisé de forme psycho-motrice de variété spirite*.

En l'espèce nous situons d'abord l'observation dans la *classe* des délires systématisés dont l'étude mérite

d'être reprise à la lumière des vieux travaux de Falret; la *forme* est fournie par un élément clinique important et prépondérant : l'hallucination psychomotrice. Nous nous refusons absolument à adopter la conception de l'Ecole de Ballet qui oppose les délires d'*interprétation* constitutionnels aux délires hallucinatoires *acquis* : ici comme partout, interprétations et hallucinations sont conditionnées par un désordre affectif que Binet et Simon appellent : *Emotion-passion* et que l'un de nous dénomme *inclination prévalente* : cette tendance constitutionnelle qui précède l'éclosion du délire demeure subconsciente chez les spirites. Elle peut même être inconsciente lorsque — comme dans les cas habituels — les révélations médiumniques s'accompagnent d'hypnose partielle. Il suffit, pour l'interprétation de pareils cas, de faire intervenir un élément pithiatique auto-suggestif, complément absent ici.

Quoi qu'il en soit, les premiers désordres *apparents* qui dépendent de la *sphère d'expression* s'opposent aux formes délirantes où les troubles représentatifs et hallucinatoires se traduisent d'abord par des anomalies des *sphères perceptives* (1).

Nous considérons que les *délires systématisés psychomoteurs spirites* présentent les caractères distinctifs principaux suivants :

- A. Hallucinations psychomotrices à peu près pures;
- B. Excitation transitoire à point de départ moteur verbal et procédant par diffusion réflexe à toute l'activité;
- C. Formules délirantes en rapport avec le sentiment d'inspiration subjective;
- D. Systématisation étroite progressive basée sur des interprétations délirantes extensives et euphoriques aboutissant rapidement au dogmatisme métaphysique.

BIBLIOGRAPHIE

ARULLANI (Pierre Francesco). Sur la médiumnité d'Eusapia Paladino; chez Rosemberg et Sellier, Turin, 1907.

(1) C'est à tort, suivant nous, que Masselon, *Ann. méd.-psychol.*, 1912, t. 1, p. 652, considère ces éréthismes comme primitifs et de nature à en imposer pour des hallucinations psychomotrices; l'*inspiration* de ces malades, comme celle des oracles antiques, comporte d'emblée une expression motrice.

- BALLET (G.). et DHEUR. Sur un cas de délire de médiumnité. *Ann. méd.-psych.*, t. XVIII, 2^e semestre, sept. 1903, p. 264.
- BALLET (G.). et MONIER-VINARD. Délire hallucinatoire avec idées de persécution consécutif à des phénomènes de médiumnité. *Ann. méd.-psych.*, t. XVIII, 2^e semestre, sept. 1903, p. 271.
- BERILLON. Dédoubllement de la personnalité et phénomènes subconscients provoqués par des manœuvres de spiritisme. *Archives de Neurologie*, vol. VIII, 1899, 2^e semestre, p. 516.
- BINET et SIMON. La folie systématisée. *Année psychologique*, 1910, p. 214-265.
- BISSON (M^{me} Juliette Alexandre). Les phénomènes dits de matérialisation, Paris, Alcan, 1913.
- BOIRAC (Emile). Etude scientifique du spiritisme. Analyse in *Ann. méd.-psych.*, 1912, t. I, p. 371.
- BONNET. Spiritisme et folie. *Bull. de la Soc. clinique de méd. mentale*, 20 décembre 1909, p. 346 et *Revue de Neurologie*, n° 13, 1910, 2^e semestre, p. 38.
- CAPGRAS et TERRIEN. Délire spirite et graphorée paroxystique, *Ann. méd.-psych.*, 1912, t. I, p. 595.
- DIDE. Les Idéalistes passionnés, 1 vol. chez Alcan, 1913.
- DIDE. Les Emotions et la guerre, 1 vol. chez Alcan, 1917.
- DONATH. Hystéro-épilepsie provoquée par le spiritisme. Analyse du D^r Nicouleau in *Ann. méd.-psych.*, 1906, t. II, p. 331.
- DUEM. Phénomènes délirants survenus à la suite de pratiques spirites. *Revue de Psychiatrie*, 8^e année, 1904, p. 128.
- DUEM. Contribution à l'étude de la folie chez les spirites, *Thèse de Paris*, 1904.
- DUEM. Délire consécutif à des pratiques spirites, *Ann. méd.-psych.*, LXII, 8^e semestre, t. XIX, mai 1904, p. 447.
- DUPOUY (Roger) et LE SAVOUREUX. Un cas de délire spirite et théosophique chez une cartomancienne. R. N. 1913, 2^e semestre p. 440.
- FAIFOER. Phénomènes médiumniques chez Eusapia Paladino, *Ann. méd.-psych.*, t. II, 1906, p. 462.
- FALRET (J.). Des variétés cliniques du délire de persécution. *Ann. méd.-psych.*, juillet et novembre 1896.
- GRASSET. L'occultisme hier et aujourd'hui. Toulet et fils éditeurs, Montpellier.
- JANET (Pierre). Spiritisme. *Revue de Neurologie*, 1^{er} semestre 1909, p. 433 et *Encéphale*, 4^e année, 1^{er} semestre 1909, p. 363.
- JOFFROY. Délires systématisés spirites; *Archives générales de médecine*, n° 2, 1904, p. 85.
- JONG (de). Troubles névropathiques causés par le spiritisme, *Arch. de Neurol.*, 2^e série, t. XVII, 1904, p. 419.
- LEVY-VALENSI. Spiritisme et folie. *Encéphale* an V, n° 6, juin 1910, p. 696.
- LEVY-VALENSI et BOUDON. Deux cas de délire de persécution à forme démoniaque, développés chez des débiles à la suite de pratiques spirites. *Revue de Neurologie*, n° 21, nov. 1908, p. 1176.
- LEVY-VALENSI et GENIL-PERRIN. Délire spirite. *Encéphale*, 8^e année, 1^{er} semestre, n° 1, 10 janv. 1913, p. 89.
- LEVY-VALENSI et Georges LERAT. Délire de médiumnité à caractère polymorphe. *Ann. méd.-psych.*, LXVII, n° 3, mai-juin 1909, p. 462.
- LOMBROSO. Eusapia Paladino et le spiritisme. Analyse in *Ann. méd.-psych.*, t. I, 1912, p. 236.
- MARIE (A.). Folies spirites. *Ann. méd.-psych.*, t. XIX, mai 1904, p. 450.
- MARIE (A.). Délires spirites. *Revue de psychiatrie*, 1904, p. 129.

- MARIE (A.) et VIGOUROUX. Spiritisme et folie. *Archives de Neurol.*, 1899, p. 488.
- MASSELOU. Les psychoses associées, psychose maniaque dépressive et délire d'interprétation. *Ann. méd.-psych.*, t. I, 1912, p. 641.
- PEZET (Charles). La démonomanie. *Thèse de Montpellier*, 1909.
- RAYMOND. Psychasthénie, alcoolisme et pratiques de spiritisme. Phénomène de l'écriture involontaire, etc. *Bulletin médical*, mai 1902, p. 513.
- SEGLAS. Leçons sur les maladies mentales, 1895.
- SEGLAS. Les hallucinations psychomotrices. *Progrès médical*, 18-25 août 1888.
- SOLLIER et BOISSIER. Deux cas de délire de médiumnité. *Ann. méd.-psych.*, mars 1904, p. 265.
- TRENEL. Hallucinations psycho-motrices et spiritisme dans un cas de paralysie générale. *Ann. méd.-psych.*, mai 1901.
- VIOLLET (Marcel). Spiritisme dans ses rapports avec la folie. *Bibliothèque de psychologie expérimentale et de métapsychie*, Blondel, éd., Paris, 1908.

La séance est levée à 6 h. 1/4.

Les Secrétaires des séances,

P. JUQUELIER et RENÉ CHARPENTIER.

SÉANCE DU 29 MARS 1920.

Présidence de M. PACTET, vice-président.

MM. Bonhomme, Ducosté, Gilles, Mignard, membres correspondants, M. Minkowski, membre associé étranger, assistent à la séance.

La correspondance comprend :

Une lettre de M. René Charpentier, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

Une lettre de M. Minkowski, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre associé étranger.

Une lettre de M. Hoven, secrétaire général de la Société de Médecine mentale de Belgique, qui adresse les condoléances de cette Société au sujet de la mort de M. Ritti et invite la Société médico-psychologique à désigner des délégués au Congrès belge de médecine mentale devant avoir lieu au mois de septembre.

Rapport de la Commission des Finances.

M. R. SEMELAIGNE. — Messieurs, l'avoir de la Société au 31 décembre 1918 était de.	13.482 95
Les recettes en 1919 ont été de.	3.090 25
Total.	16.573 20
Les dépenses en 1919 ont été de.	1.504 85
Reste un excédent global de.	15.068 35
qui se décompose ainsi :	
Société médico-psychologique	2.862 25
Prix Anbanel	7.211 60
Prix Belhomme	2.950 »
Prix Moreau (de Tours)	600 »
Prix Christian	1.444 50

L'actif en caisse au 31 décembre 1919 était donc 15.068 35

Quant aux rentes dont dispose annuellement la Société, elles se décomposent ainsi :

Rentes de la Société médico-psychologique.	566 »
Prix Anbanel	800 »
Prix Belhomme	300 »
Prix Moreau (de Tours)	100 »
Prix Christian.	302 »

Votre Commission vous demande d'approuver les comptes de 1919 et d'adresser au D^r Pactet, qui a dû renoncer à ses fonctions de trésorier pour devenir vice-président, les remerciements de la Société.

Les conclusions du rapporteur sont adoptées à l'unanimité.

Allocution de M. Henri Colin, secrétaire général.

Mes chers collègues,

Le sentiment que j'éprouve en m'installant à cette place, où vous m'avez fait le grand honneur de m'appeler, est un sentiment de gratitude, un sentiment de reconnaissance profonde envers vous, en raison de la

marque d'estime que vous m'avez ainsi donnée et des nombreux suffrages que vous avez bien voulu m'accorder.

Je serais tenté d'en éprouver quelque orgueil, si je n'étais de suite rappelé à la modestie par le souvenir des noms de ceux qui m'ont précédé: Dechambre, Cerise, Archambault, Brochin, Loiseau, Motet, Ritti.

Vous n'attendez point de moi que j'évoque la figure de Ritti, elle est encore présente parmi nous. Ritti, devenu secrétaire général de notre Société en 1882, et qui, pendant trente-huit ans, conserva ses fonctions; Ritti, rédacteur en chef des *Annales médico-psychologiques* en 1885, et qui, jusqu'à sa mort, c'est-à-dire pendant trente-cinq ans, sut maintenir le renom du recueil fondé par son maître Baillarger; Ritti, l'organisateur des Congrès de médecine mentale; Ritti, dont l'œuvre scientifique, considérable, dépasse de beaucoup les limites dans lesquelles je dois me tenir au cours de cette allocution, et que vous trouverez analysée dans l'étude qui paraîtra dans les *Annales*; Ritti, enfin, qui s'était donné tout entier à ces deux œuvres: la Société médico-psychologique et les *Annales*, et qui, pour rendre leur union plus intime, a eu l'heureuse pensée de vous léguer sa part de propriété du journal.

C'est qu'en effet, et je le dis pour dissiper tout malentendu; s'il y a toujours eu dualité de la Société et des *Annales*, leur fusion intime ne s'est jamais réalisée. Les *Annales*, fondées par Baillarger, Cerise et Longet en 1842, existaient depuis dix ans déjà lorsque la Société médico-psychologique, ébauchée en 1847, tenant des séances irrégulières, fut enfin définitivement constituée le 30 octobre 1852, grâce aux efforts de son président Ferrus, qui put obtenir de Dubois, son parent, alors doyen de la Faculté, un local à l'Ecole de Médecine. Les *Annales* avaient obtenu la primauté de la reproduction des procès-verbaux et en devenaient ainsi l'organe officiel. Mais c'est seulement en 1863 qu'un traité intervint, réservant par an 256 pages de petit texte, sur 960, aux travaux de la Société, qui, en retour, accordait au journal une subvention de 450 francs, portée à 600 francs en 1913. En raison de l'augmentation extrême des prix que nous subissons actuellement, cette

subvention a été élevée à 1.200 francs par votre conseil de famille au mois d'octobre dernier.

Je désirerais maintenant dire, en quelques mots, comment je comprends le rôle de la Société médico-psychologique. On a parlé de fusionner les différentes Sociétés de médecine mentale : la Société médico-psychologique, la Société clinique de médecine mentale, la Société de psychiatrie. Cette fusion ne me paraît ni nécessaire ni désirable. L'objet de ces trois organes est, en effet, tout différent. Tandis que dans les autres Sociétés l'élément clinique prédomine, avec des présentations de malades d'autant plus facilitées que leur siège est à Sainte-Anne, c'est-à-dire là où, au besoin, les malades peuvent être hébergés, la Société médico-psychologique se réserve le domaine des grandes discussions didactiques, l'examen des problèmes ardu de psychologie morbide, des questions d'ordre social qui touchent à notre spécialité. Lorsqu'on parcourt la collection des *Annales*, on ne peut manquer d'être frappé de la richesse inépuisable des travaux de notre Société. Tous les problèmes y ont été successivement abordés et, bien plus, souvent résolus. C'est ce qui fait la valeur incomparable de notre Société et ce qui doit la maintenir au rang unique qu'elle a toujours occupé.

Au contraire, la Société clinique de médecine mentale, la Société de psychiatrie, nous offrent des faits d'observation courante, avec présentation obligée des malades, faits cliniques d'une utilité incontestable, et qui sont le point de départ de travaux ultérieurs. A cet égard, le *Bulletin de la Société clinique de médecine mentale*, qui entre actuellement dans sa treizième année, a réalisé, on peut le dire, une idée chère à Bailarger, et continue le recueil intitulé : *Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses*, dont je vous présente le premier et unique volume.

Mais si, à mon avis, on doit garder à votre Société le rôle et la forme qu'elle possède, il n'est pas défendu d'exprimer quelques désirs. C'est d'abord la nécessité, dans l'avenir, d'assurer la continuité des discussions et des débats qui sont, le plus souvent, simplement amorcés. C'est aussi la nécessité de poursuivre la réalisation des vœux que vous avez adoptés et dont certains

acquièrent actuellement une importance capitale : participation aux Congrès de médecine mentale, réimpression de certaines œuvres de nos meilleurs auteurs, organisation du Centenaire de la découverte de la paralysie générale, etc., etc.

Je voudrais aussi vous parler des *Annales*. Les héritiers des familles Baillarger, de Foville et Ritti ont bien voulu m'honorer de leur confiance et me transmettre les fonctions de rédacteur en chef de cet important recueil ; je leur en suis profondément reconnaissant. Pour moi, les *Annales* représentent l'apanage des aliénistes français, sans distinction de nuances. En France, et particulièrement à l'étranger, où elles sont universellement répandues, c'est l'organe de notre grande famille, et, comme tel, elles doivent être maintenues en dehors et au-dessus de tous les intérêts particuliers. Avant tout, et surtout, elles doivent être consacrées à toutes les questions qui touchent, de près ou de loin, à la médecine mentale, au point de vue médical pur comme au point de vue social, en laissant de côté les problèmes de neurologie et de psychologie pure, qui pourront trouver à s'exposer dans leurs organes particuliers. C'est qu'en effet, et j'ai déjà eu l'occasion de vous exposer mes opinions à ce sujet, il existe une différence profonde entre les méthodes d'examen des neurologistes, des psychologues et des aliénistes. Pour les premiers, l'examen somatique est prépondérant, pour les psychologues, les conceptions d'ordre subjectif prédominent souvent, si bien que, dans un récent concours, j'entendais un candidat, et non des moindres, au cours d'un examen clinique, proférer cette énormité, que j'ai fidèlement transcrite : « J'ai recherché les idées délirantes et les hallucinations, mais je n'en fais pas état ; elles sont sans importance au point de vue du diagnostic. » Ne savons-nous pas, au contraire, que nous devons examiner chaque individu dans ses moindres détails, le situer, si j'ose ainsi dire, dans son milieu, dans son intelligence, dans ses habitudes, dans sa façon de délirer. C'est, en somme, l'observation clinique qui doit exclusivement nous guider.

« Nous n'avons point l'intention de faire intervenir dans les *Annales* des discussions étrangères à la science

de l'organisme. Toutes les questions de pure philosophie en seront rigoureusement exclues. Il ne s'agit point ici de soulever des problèmes généraux de morale, d'ontologie ou de logique ; nous aurons garde de nous élever vers les hautes régions de la métaphysique, où le vertige atteint les plus forts esprits ; nous n'invoquerons les données de la philosophie que dans leurs plus saisissables rapports avec la science de l'organisme humain. Nos regards resteront fixés sur cet organisme, et, si nous les en détournons quelques instants, ce sera uniquement pour interroger les forces morales qui le meuvent et sur lesquelles il réagit ; ce sera pour explorer le mode d'action des idées qui l'impressionnent et le modifient...

« On a dit souvent que la science est encombrée de faits dont la coordination est devenue impossible ; mais cet encombrement porte sur des faits mal observés, sur des descriptions confuses, sur des détails incohérents. Nous ne croyons pas que l'on puisse à jamais accuser la pathologie mentale de se laisser envahir par un trop grand nombre d'observations bien faites. Pour bien observer, il faut avoir l'intention de découvrir quelque chose ; il faut même, jusqu'à un certain point, entrevoir la généralité des faits sur lesquels va se fixer l'attention. Si, en présence d'une série très variable de phénomènes complexes, notre regard est abandonné à lui-même, s'il n'est dirigé par la pensée d'un résultat à obtenir, il flotte longtemps incertain et irrésolu, et les phénomènes à peine discernés se succèdent confusément. C'est par l'hypothèse, c'est-à-dire par la conception d'un résultat possible, que l'observation doit procéder ; c'est par l'observation que l'hypothèse doit être vérifiée, et que la conception doit être démontrée vraie ou fausse. L'hypothèse, lorsqu'elle n'est pas trop ambitieuse, lorsqu'elle est circonscrite dans de justes limites ouvre à nos investigations une voie nettement déterminée ; elle nous y soutient dans nos luttes contre les obstacles, elle stimule notre activité, elle provoque des recherches hardies, et elle fait surgir des aspects imprévus ; elle nous place ainsi dans des conditions favorables pour nous élever à des inductions positives et fécondes. A l'observation doivent donc présider les

notions générales qui, en révélant les lacunes de la science, nous conduisent aux conceptions les plus propres à les faire successivement disparaître. Si l'observateur n'a point pour but la démonstration d'une idée, s'il n'a point en vue la coordination d'un certain nombre de phénomènes, il ne fera qu'enregistrer des faits mal appréciés, ceux-là mêmes dont on déplore avec raison le stérile encombrement.

« L'observation, dans l'aliénation mentale, est hérissée de difficultés ; elle diffère de l'observation clinique ordinaire, par le nombre, la durée, l'obscurité et la complexité des phénomènes qu'elle doit embrasser. Il faut d'abord s'enquérir des dispositions morales et intellectuelles qui se sont fait jour dans le cours de la vie du malade, et les recherches les plus minutieuses à cet égard restent souvent sans succès. Il faut l'examiner, l'étudier tous les jours, à toutes les heures, épier sa conduite, ses actes, ses discours, sa physionomie, son attitude et jusqu'à son silence ; rien ne doit être soustrait à l'attention du médecin, quand il s'agit d'une affection dont les symptômes peuvent varier à chaque instant. »

Ces lignes qui paraissent écrites d'hier datent de soixante-dix-huit ans, je les ai empruntées à l'introduction du premier numéro des *Annales* ; vous y reconnaissez la marque de Baillarger. C'est qu'en effet elles sont l'expression de la vérité et que la vérité ne saurait vieillir. Dans un pays comme le nôtre, dans le pays qui a produit Claude Bernard et Pasteur, c'est l'observation directe et les déductions logiques qui en découlent qui doivent nous guider.

Aussi vous m'approuverez, j'en suis certain, si je vous dis que mon intention bien arrêtée est de continuer la pure tradition française et de m'inspirer des idées maîtresses qui ont présidé à la création de notre journal à tous, les *Annales médico-psychologiques*, en même temps que vous consacrerez par votre unanime adhésion la pensée délicate de mon prédécesseur lorsqu'il vous a demandé de conserver sur le titre du journal le nom de son fondateur, Baillarger.

(La suite de la séance paraîtra dans le prochain numéro.)

BIBLIOGRAPHIE

Degeneration y regeneration de la raze (Dégénération et régénération de la race). Conférences faites à la Société scientifique argentine, avril 1919, par le Dr V. Melcior Farré, brochure 25 pages, extraite de *la Semana medica*, Cordoba, 1919.

Ce qui nous a particulièrement frappé dans le travail de l'auteur, c'est sa déclaration de principes nettement spiritualiste. C'est un adversaire déterminé des théories somatiques de l'anthropologie criminelle. Il a étudié avec soin la législation des Etats-Unis sur les tribunaux d'enfants, celle de l'Angleterre sur les réformatoires de tous genres (écoles de travail, de redressement des vagabonds) et les travaux espagnols des professeurs Martinez Vargoz de Barcelone, créateur dans cette ville d'un institut néprologique comprenant des sections d'eugénique et de puériculture et une école pour enfants débiles. Farré est au courant de notre philosophie française, mais par principe il affecte de mépriser l'Ecole de Magnan et celle de Lombroso, même les doctrines bien modifiées des continuateurs du maître italien ainsi que les innombrables et très remarquables travaux de son compatriote Ingenieros. Quittant le domaine des théories pour celui des faits, il lance lui aussi un vigoureux appel pour la lutte contre les fléaux modernes : alcoolisme, syphilis, tuberculose, criminalité et démoralisation des enfants. Il s'attaque surtout à l'alcoolisme comme celui de ces maux le plus facile à atteindre et à terrasser. Il rappelle ce qui a été fait en Argentine pour le redressement des mineurs par l'ordre du Dr Jose, L. Salmas, ministre de la Justice et de l'Instruction publique, c'est-à-dire l'Institut tutélaire des mineurs auquel nous avons ici même consacré un article. Le travail de Farré est une étude de la question au point de vue philosophique et social, faite devant un public instruit, mais il n'a pas de plan de campagne contre l'ennemi qu'il veut combattre.

L. WAHL.

L'éducation des enfants anormaux et arriérés, par MM^{mes} Sécelle et Dekock, institutrices à la section d'enseignement spécial de la ville de Bruxelles. Maloine et C^{ie}, éditeurs, Paris, 1920.

Livre de pratique pédagogique appliquée, exposant jusque dans leurs détails les plus minutieux les procédés susceptibles d'être fructueusement mis en œuvre pour l'instruction et l'éducation des enfants arriérés. C'est, en l'absence de toute théorie exposée, le développement concret des méthodes et artifices utilisés pour éveiller et maintenir l'attention chez les anormaux et les retardataires, orienter et diriger leur activité psychique, développer et fixer en eux les premières notions didactiques élémentaires. Profondément scientifiques et humains, fondés sur les notions psychopathologiques acquises et sur la connaissance du grand mobile universel qu'est l'intérêt, ces procédés et méthodes révèlent une ingéniosité qui n'a d'égale que la foi nécessaire à leur application. Logiquement, naturellement, pourrait-on dire, se développent en surface et en profondeur l'instruction et l'éducation des enfants, constamment rayonnantes autour d'une série d'idées centrales, simples et purement personnelles d'abord, puis plus complexes et compréhensives.

Il n'est pas douteux, comme le fait remarquer dans sa préface M. Stéphen Chauvet, qu'une telle pratique s'appliquerait utilement aux enfants normaux.

Une grande partie de ce fort intéressant ouvrage est consacrée à la technique d'une nouvelle méthode de lecture dite *visuelle*, qui, toujours orientée autour des idées centrales ou *centres d'intérêt*, s'oppose à l'ancienne méthode phonétique.

Nous devons regretter qu'une semblable technique ne puisse être appliquée en France, faute de ces classes spéciales pour anormaux que la ville de Bruxelles possède depuis 1897.

J. CAPGRAS.

VARIÉTÉS

NÉCROLOGIE

C'est avec une douloureuse surprise que nous avons appris la mort, à cinquante-six ans, de M. le professeur Simonin, directeur de l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon.

Esprit des plus cultivés, travailleur infatigable, M. le professeur Simonin a joué un rôle de premier ordre pendant la guerre. Fait prisonnier en Belgique, en 1914, puis rapatrié, il a occupé pendant longtemps les fonctions de directeur du Service de Santé au Ministère de la guerre. Aucun de ceux qui l'ont approché n'oubliera sa haute conscience et la grande affabilité de son caractère. Détaché ensuite à l'armée d'Italie, puis rappelé sur le front français au moment de l'avance allemande en 1918, il s'est dépensé sans compter pour le service de son pays.

Le professeur Simonin s'intéressait tout particulièrement à la médecine mentale et aux questions médico-légales, jusqu'à ces dernières années un peu négligées dans l'armée. Nous perdons en lui un ami des plus sûrs et nous adressons à sa famille nos plus sincères condoléances et l'expression de notre plus vive sympathie.

H. C.

On annonce la mort du D^r Mabit, ancien interne des asiles de la Seine, directeur de la Maison de santé du Hameau, à Pau.

Parmi les aliénistes éminents qui sont décédés nous devons citer les noms du D^r Mercier (Charles-Arthur), ancien président de l'Association médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande, du D^r Drapes un des éditeurs du *Journal of mental Science*, du D^r van Deventer, inspecteur général des asiles d'aliénés de Hollande.

CONCOURS DE MÉDECIN EN CHEF DES ASILES DE LA SEINE

Le concours pour la nomination à trois postes de médecin en chef des asiles de la Seine, institué en vertu du décret du 13 mars 1920, s'est terminé le 26 juin, par la nomination de MM. les D^{rs} Simon, Mignard et Ducosté.

Dans son rapport au Ministre, le Jury a exprimé le regret qu'une quatrième place ne fût pas disponible en faveur de M. Courbon dont les épreuves ont été excellentes.

PROJET DE SUPPRESSION DE LA MAISON NATIONALE DE CHARENTON

M. Breton, ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, dans le but de développer l'assistance maternelle, a manifesté l'intention de supprimer la Maison nationale de Charenton en tant qu'asile d'aliénés et de transformer l'établissement en une vaste pouponnière. La presse politique a publié à ce sujet de nombreux articles. Les différentes Sociétés savantes et professionnelles de médecine mentale se sont réunies le 21 juin à l'asile Sainte-Anne. Le bureau était composé de MM. Antheaume, médecin honoraire de Charenton, président; Chaslin, Colin, Semelaigne, Toulouse, Vurpas; secrétaire : M. Génil-Perrin. L'ordre du jour suivant, proposé par M. Toulouse, a été adopté à l'unanimité.

Les Sociétés scientifiques de médecine mentale (Société médico-psychologique, Société clinique de médecine mentale, Société de psychiatrie et les groupements professionnels d'aliénistes (Association amicale des médecins des asiles publics d'aliénés de France, Société médicale des asiles de la Seine, Association des anciens internes des asiles de la Seine), auxquelles s'étaient joints des médecins du corps de Bicêtre et de la Salpêtrière, ayant été informés du projet du Ministre de l'Hygiène tendant à désaffecter la Maison nationale de Charenton, pour en faire une Maternité, se sont réunis, le 21 juin 1920, à l'Asile Sainte-Anne, pour délibérer sur cette question qui touche à l'intérêt scientifique et au bien des malades, dont leurs membres sont les défenseurs naturels.

Tout en rendant hommage à la pensée généreuse qui a inspiré ce projet et reconnaissant que les mesures encourageant la natalité sont de première importance pour la nation, elles estiment que la désaffectation de cet établissement soulève des objections graves.

Considérant :

1° *Que cette mesure est tout d'abord contraire à l'intérêt des malades :* la Maison nationale de Charenton, hôpital d'aliénés depuis 1641, et depuis maintenue par tous les gouvernements, est, en même temps qu'une maison de santé pour la classe moyenne, le seul établissement psychiatrique de l'Etat, qui y place comme boursiers ses serviteurs — fonctionnaires et militaires — à ce titre, Charenton était donc désigné pour recevoir en premier lieu les invalides mentaux de la guerre, auxquels on doit le confort d'un pensionnat; et d'ailleurs, malgré son ancienneté elle est encore un des asiles les mieux adaptés à sa destination, notamment par le morcellement des locaux, qui permet de grouper ou d'isoler des malades mentaux selon leur état;

Que si l'Etat a cru devoir se priver de ce Pensionnat parce qu'il était en déficit à la suite du renchérissement de la vie, le Département de la Seine, qui par le manque d'établissements d'aliénés est obligé d'entretenir dans les asiles de province jusqu'à 10.000 malades sur les 15.000 à sa charge, était disposé à prendre la Maison nationale de Charenton,

ce qui aurait permis de faire revenir de province un millier et demi de malades de la Seine et de les rendre à l'affection des familles parisiennes, si fortement attachées aux déshérités ;

2° *Que la mesure est également contraire à l'intérêt scientifique* : Charenton a sans cesse représenté un foyer actif de travail scientifique, toujours confié à des aliénistes éminents : Esquirol, Bayle, Calmeil, Christian, Ritti, pour ne parler que des morts ;

3° *Que Charenton est resté de ce fait un monument impérissable de la psychiatrie française* ; c'est dans cet asile — reconstruit d'après ses plans — qu'Esquirol, le plus grand aliéniste du XIX^e siècle, a poursuivi ses études cliniques, et que en 1821 Bayle décrivit la paralysie générale ; or les neuro-psychiatres du monde entier se proposent de fêter l'année prochaine à Paris le centenaire de cette découverte — la plus féconde de leur spécialité — et seraient à bon droit surpris que l'État n'ait pas hésité à désaffecter un établissement qui a si fortement contribué à la renommée de la science française et reste encore un des mieux adaptés à son but ;

Que cet intérêt moral est ainsi digne de respect puisqu'il s'allie à des intérêts matériels et scientifiques incontestables ;

4° *Que la mesure lèse profondément les médecins actuels de la Maison nationale*, qui, tenant du concours des droits qu'ils croyaient assurés, ont renoncé à poursuivre toute autre situation psychiatrique, et qui, ne pouvant entrer dans le corps médical des asiles de la Seine fermé par un concours spécial, se trouveraient subitement privés au milieu de leur carrière de ce qui est la raison de l'activité d'un médecin aliéniste : un service de malades ;

5° *Qu'en droit même cette mesure soulève des objections importantes*, présentées par la Commission consultative de la Maison nationale, qui, protestant contre cette désaffectation, a fait valoir que, cet établissement ayant bénéficié de fondations privées et de legs, le Ministre ne pouvait en disposer librement ; que les malades, placés à la Maison nationale en vertu de contrats conclus par leurs familles avec l'État, ont des droits dont ils ne peuvent être sommairement dépossédés, surtout en raison de leur état mental qui les empêche de se défendre, et que les familles seraient même fondées à réclamer des dommages-intérêts ;

6° *Qu'en pratique la réalisation de ce projet se heurtera à de grosses difficultés* : beaucoup de familles désireuses de garder leurs malades auprès d'elles et ne sachant où les placer réclameront des délais qui enlèveraient à cette mesure le bénéfice d'une opportunité immédiate ;

7° *Que d'ailleurs cette mesure ne prend pas sûrement l'intérêt des mères et des nourrissons* ; car cet établissement, parfaitement aménagé pour des aliénés, se prête mal à un service de maternité, notamment à cause des galeries couvertes, commodes pour la circulation des malades mais qui obscurcissent les salles où seraient hospitalisés les mères et les enfants ;

Les Sociétés de psychiatrie croient devoir relever dans ce projet une nouvelle manifestation du préjugé traditionnel de l' incurabilité de la folie et de la non-valeur absolue des aliénés, préjugé qui crée du désintérêt à l'encontre de ces malades, cependant tout aussi dignes de la sollicitude publique que les autres. Or la guerre, en multipliant les cas de psychopathie guérissables, a montré que les sujets atteints de psychose aiguë sont curables au même degré que les autres malades, et — plus complètement encore que les tuberculeux par exemple — peuvent être remis en valeur et reprendre une activité productrice complète.

Pour toutes ces raisons, lesdites Sociétés croient de leur devoir d'élever une protestation contre ce projet. Sans vouloir dicter à l'État sa décision, elles signalent qu'un accord avec le Département de la Seine, s'il est possible, paraîtrait une solution satisfaisante et la plus aisée. Et

elles expriment le ferme avis qu'une mesure de ce genre doit être prise avec toutes les garanties légales, notamment après consultation du Conseil supérieur de l'Assistance publique et du Comité d'Hygiène mentale, qui, avec les Sociétés de psychiatrie, sont qualifiés pour donner un avis éclairé sur une question où le bien public et l'intérêt scientifique sont en jeu.

Le bureau a été reçu par M. Breton et les explications les plus cordiales ont été échangées de part et d'autre. Au sujet de cette entrevue le *Temps* publie la note suivante :

« Après un échange de vues très cordial, le Ministre et ses interlocuteurs ont convenu de recourir provisoirement à la solution amiable suivante : Les malades actuellement en traitement à l'Hospice, et qui sont fort peu nombreux, seront installés dans une aile de l'établissement ; les locaux vacants seront affectés à la nouvelle pouponnière qui disposera ainsi d'un millier de places. »

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

ANT. RITTI

(1844-1920)

Par le Dr Georges VERNET

Médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Bourges (Cher).

Suite (1).

Si absorbantes qu'elles puissent paraître et si consciencieusement qu'il les remplit, ces diverses fonctions ne devaient pas suffire à occuper toute l'activité intellectuelle d'Antoine Ritti. De bonne heure, l'aliéniste se doubla chez lui d'un philosophe et, en lui, ces deux personnalités évoluèrent, non pas parallèlement mais bien en s'interpénétrant, de telle manière qu'il nous paraît impossible aujourd'hui de les dissocier.

C'est autour de sa vingtième année que se place chez Ritti la crise de conscience qui devait décider

(1) Voir les *Annales* de mars-avril 1920.



de l'orientation de sa vie. Né à l'ombre de la cathédrale de Strasbourg (1), dont son oncle maternel était évêque (2), élevé au Gymnase catholique de Colmar, fondation de ce même oncle, entouré par sa famille d'une sollicitude particulière, parce qu'on avait cru discerner en lui la vocation, Ritti, le jour où il déclara qu'il ne voulait pas être d'église, déçut bien des espérances et rompit des liens qui lui étaient bien chers. Ce ne fut pas, on peut le croire, sans un douloureux déchirement. « Tout homme, en abandonnant les croyances de son jeune âge, a plus ou moins ressenti ce que Jouffroy a si éloquemment exprimé. Il se fait alors en lui un vide immense qu'il s'agit de combler. La raison doit remplacer ce que le raisonnement a détruit » (3).

« Parmi les nombreuses sectes de philosophie qui se disputaient alors l'empire de la pensée », Ritti avait fait choix de la philosophie positive. Il venait de s'initier à « cette belle philosophie, œuvre des siècles autant que d'Auguste Comte » et il en attendait, suivant la promesse de M. Littré, « un immense bénéfice intellectuel, et, ce qui est plus précieux, un immense bénéfice moral » (4). Il se vouait à la Science : « A la science seule en effet il appartient,

(1) Spiessegasse, n° 25.

(2) Mgr Roess (André) 1794-1887. Supérieur du grand séminaire de Mayence, (1826-1830), — puis du grand séminaire de Strasbourg (1830-1836). Coadjuteur (1840), puis évêque de Strasbourg (1842-1887). Député protestataire de la circonscription de Schlestadt au Reichstag (1874). Auteur d'un grand nombre d'ouvrages, la plupart traduits en français : *Mosers Predigten* (Strasbourg, 1830-36. 7 vol. in-8°), recueil des sermons de Moser, prédicateur à Strasbourg au XVIII^e siècle; *Die Convertiten* (Strasbourg, 1865-80. 13 vol. in-8°), etc...

(3) Antoine Ritti. *Pensées diverses*. Cahier manuscrit. 1^{er} mars 1866.

(4) Antoine Ritti. Lettre au rédacteur en chef de la *Morale indépendante*, Fains, 21 octobre 1869 (Manuscrit).

suivant le grand philosophe, mon maître, de modifier ou plutôt de transformer le monde; à elle seule de trouver la solution des questions politiques et sociales qui agitent aujourd'hui les esprits, de poser les fondements d'une nouvelle morale, indépendante de toute théologie et de toute métaphysique. » Il donnait son adhésion entière et sans réserve « à la doctrine destinée à régénérer la Société ».

Ici-bas, « le disciple de la Philosophie positive a un double devoir à remplir : le premier, le plus important sans contredit, est de développer la doctrine, d'en appliquer les principes à toutes les branches du savoir humain; le second, plus aisé mais non moins utile, consiste à répondre aux critiques des adversaires, à défendre pied à pied les vérités acquises » (1).

L'action positiviste de Ritti prit ce double caractère : polémique et doctrinal. Et, comme de juste, c'est par la polémique qu'elle débuta.

Le *Journal Officiel* de l'Empire n'avait ni la complexité, ni les dimensions imposantes qu'il a acquises depuis lors. Cependant il n'était pas sans intérêt puisqu'il trouvait moyen de publier hebdomadairement une chronique scientifique, dont M. H. de Parville fut un temps le rédacteur. Or, dans le numéro du 11 mars 1869, « le vulgarisateur officiel avait pris pour sujet de causerie ce qu'on pourrait appeler la *mécanique psychique*, c'est-à-dire la mesure de la vitesse des actes cérébraux », et, de « l'analyse des beaux travaux de MM. Donders, Helmholtz et Marey », M. de Parville, « qui est de l'école de M. Paul Janet » s'était avisé de tirer des conclusions assez inatten-

(1) Antoine Ritti. M. Etienne Vacherot et la loi des trois Etats (*La Philosophie positive*. Mars-avril 1881, p. 221).

dués en faveur de la spiritualité de l'âme. Le jeune interne de Fains, adepte du Positivisme, estima qu'il ne pouvait laisser passer, sans la relever, cette « bévue scientifique et philosophique », et, pour le cas où elle eût échappé à son attention, il la signala au rédacteur en chef de la *Pensée Nouvelle*. La lettre, toute pleine d'une juvénile ardeur, fut jugée digne d'être publiée et parut dans le numéro du 23 mars 1869. Ritti venait de faire ainsi son premier pas dans la voie où il allait délibérément s'engager.

A courts intervalles, en effet, nous voyons se succéder, tant dans la *Philosophie positive* que dans la *Morale indépendante*, des articles qui sentent la poudre et où les adversaires se nomment : une fois encore le *Journal Officiel*, derrière lequel était visé M. le sénateur Charles Dupin, — puis M. A. Vernier, le rédacteur scientifique du *Temps*, « homme de science, mais qui a un faible pour l'absolu et l'infini », — et M. Durand (de Gros), lequel avait accusé le Positivisme de faire de la métaphysique « à force » alors que « le Saint-Office positiviste avait mis la métaphysique à l'index », et qui se voit, pour ce fait, assez vertement rabroué. Et nul doute qu'avec ce bel entrain Ritti n'eût encore rompu bien des lances contre bien d'autres adversaires ; — « les adversaires de la Philosophie positive sont nombreux, car ils comprennent : les théologiens, reconnaissant seulement l'autorité des livres sacrés... et les métaphysiciens, s'occupant de la recherche de l'essence des choses et regardant les sciences positives comme indignes des philosophes qui rêvent de l'absolu et qui étudient le fini, l'infini et ses rapports » ; — si la guerre, interrompant ses exercices, ne lui eût donné d'autres soucis et ne l'eût convié à un autre poste de combat.

En 1874, Ritti est appelé à accomplir son premier acte médical. Fidèle au programme qu'il s'était tracé, il fait application à la « Théorie physiologique des hallucinations » des principes qui seront désormais les siens : sa thèse de doctorat apporte une confirmation nouvelle, — s'il était besoin, — à la loi des trois Etats et consacre tout un chapitre à une « Théorie positive de la perception sensorielle ». Littré lui-même rend compte de l'opuscule (1), avec éloges, et tient à s'assurer pour sa revue la collaboration du jeune aliéniste. Ritti donne alors, dans la *Philosophie positive*, une « Etude sur la folie au point de vue biologique et social », série d'articles où il s'attache « à faire ressortir l'intérêt que présente l'étude de la pathologie psychique non pas seulement au point de vue biologique, mais encore au point de vue sociologique », où il se risque « à jeter les fondements d'une classification vraiment biologique de la folie » et où il esquisse en un curieux chapitre, un programme de recherches sur « la folie comparée ».

Toutefois, avec ce bon sens qui restera toujours la marque de son talent, Ritti se rend compte rapidement que la médecine mentale, encore si touffue, constitue un bien mauvais terrain pour l'essai de systèmes; il reconnaît qu'il « serait téméraire de tenter déjà une synthèse des maladies mentales, de faire une théorie positive de la folie », et, très sagement, laissant de côté « pour l'application des principes cette branche du savoir humain », il se contentera désormais de « développer la doctrine » et de mettre au service de ses coreligionnaires, dont la curiosité intellectuelle, on le sait, est encyclopédique,

(1) *La Philosophie positive*, numéro de juillet-août 1874.

ses connaissances techniques et sa science approfondie de l'aliénation mentale.

C'est dans ces conditions et dans cet esprit que, de 1879 à 1883, dans la *Philosophie positive*, de 1890 à 1902, dans la *Revue occidentale*, s'échelonnent sous sa signature :

Des analyses critiques, dans lesquelles il reprend la défense du positivisme tout entier ou de certains points de la doctrine : contre M. Ferraz, qui avait traité du Positivisme pêle-mêle avec le saint-simonisme, le fourriérisme, le communisme icarien, le semi-saint-simonisme de Pierre Leroux et de Jean Raynaud, etc...; contre M. Etienne Vacherot, qui s'en était pris à la loi, des trois Etats ; contre M. E. Caro, qui, dans la *Revue des Deux Mondes*, avait tourné en dérision Auguste Comte et son œuvre ;

Des revues générales, où il expose les idées et les théories de Wundt et de Th. Ribot sur la psychologie physiologique et expérimentale, où il fait connaître les progrès du Positivisme en Allemagne et ses propagandistes ;

Des mémoires originaux, où il discute la question de savoir si le Positivisme est une méthode ou un système et où il fait revivre le salon de M^{me} Helvétius ;

Enfin, à propos d'un livre de M. Lévy-Bruhl sur la *Philosophie d'Auguste Comte*, une magistrale étude sur un « chapitre de l'histoire du Positivisme », qui lui fournit « l'occasion de faire son examen de conscience philosophique » et de s'affermir encore s'il était possible, « dans la conviction que la doctrine positive est le plus grand effort philosophique du XIX^e siècle ».

Tout porte à croire qu'Antoine Ritti avait dès lors l'intention bien arrêtée de borner là son activité

positiviste et de la clore sur cette profession de foi. Autour de lui, il voyait, non sans peine, l'héritage du Maître disputé, avec une âpreté toute philosophique, entre des groupements rivaux, et il avait manifesté nettement sa décision, par largeur d'esprit, de se maintenir toujours en dehors et au-dessus de toutes les « petites chapelles ».

Il crut cependant devoir sortir de sa réserve et il reprit la plume pour donner, en 1911, une brochure de 70 pages, qui ne devait pas passer inaperçue dans les milieux positivistes. A l'occasion d'une *Notice biographique sur H.-Ph. Deroisin*, Ritti avait été amené à traiter de la « folie d'Auguste Comte » et à formuler son avis sur l'état mental du fondateur du Positivisme. Il le fit, cela va sans dire, en toute impartialité, mais aussi en toute sincérité ; il y mit toute sa sûreté d'analyse, toute sa délicatesse de touche et aussi une émotion contenue : « Je sors de cette étude avec un sentiment de profonde commisération pour les dures souffrances infligées au grand penseur par une sorte de fatalité biologique, sans que soient diminuées en rien ma vénération respectueuse pour l'homme et ma profonde admiration pour son œuvre (1). »

*
* *

Retenons donc, si nous voulons comprendre au mieux et l'homme et l'œuvre, que Ritti fut, à sa manière, un croyant. Philosophe ne fut pour lui ni un vain jeu d'esprit, ni le divertissement d'un dilettante. Mais il y vit le moyen de se constituer un ensemble de convictions doctrinales et d'idées mo-

(1) Antoine Ritti. *Notice biographique sur H.-Ph. Deroisin*, ancien maire de Versailles. Paris, Georges Crès, 1911, p. 66.

rales, une sorte de *credo*, qui domina sa vie, inspira son action et détermina son œuvre.

Ainsi s'explique tout d'abord que, dans la vie, Ritti marcha toujours droit son chemin, accomplissant sans défaillance, avec une tranquille certitude, sa tâche quotidienne, insensible aux railleries des sceptiques, capable, s'il était besoin, de braver le ridicule, toujours guidé par la claire notion du devoir social, mû toujours par ce sentiment de haute moralité qui subordonne les préoccupations personnelles aux intérêts généraux de la société.

« La vie, c'est le temps donné pour être utile ». Cette définition, qu'il se plaisait à répéter, Ritti s'efforça toujours de la justifier. Toute son action procède d'une inspiration profondément, essentiellement altruiste. Et c'est ainsi encore qu'on le trouve toujours prêt lorsqu'il s'agit d'assumer des fonctions ingrates ou de remplir des rôles obscurs; et voilà pourquoi on ne le vit jamais refuser son concours dès qu'on lui demandait de mettre au service de ses contemporains tout ce qu'il avait d'expérience, de connaissances, d'activité.

« Accroître son savoir pour éclairer autrui », c'était encore un de ses aphorismes. Et cette pensée est très certainement à l'origine de la prédilection qu'il marqua dès le principe pour les travaux d'ordre didactique et de la prédominance qu'il leur accorda dans l'ensemble de son œuvre sur les recherches ayant un caractère original ou personnel.

Aussi bien pourrait-on poursuivre jusque dans le détail de sa production scientifique cette influence de l'esprit et de la méthode dont il était imprégné.

« Ordre et progrès » : c'est la devise positiviste. En tout, Ritti aima l'ordre. Partout il y visa. En médecine mentale, plus précisément, tout son effort

tendit à introduire, à maintenir l'ordre dans nos connaissances. Nul plus que lui ne lutta contre l'anarchie un moment menaçante. Il nous montra, par son exemple, comment il était possible de s'en préserver et quel en était le meilleur antidote : l'observation clinique d'une part, et d'autre part la longue et assidue fréquentation de l'œuvre des vieux maîtres — ce sont, proprement, nos classiques — voilà qui doit nous créer le fond doctrinal solide auquel viendront s'agréger, judicieusement discriminées, les acquisitions nouvelles, à leur rang, sans heurt, dans l'ordre.

Et Ritti se flatta toujours d'être homme de progrès. A la vérité, il n'apparut jamais comme un de ces audacieux qui, dans le champ à explorer, vont imperturbablement de l'avant et, à tour de bras, débroussaillent. Il resta toujours moins osé. Il se contenta d'être le pionnier qui jalonne le chemin conquis et surtout le guetteur avisé et vigilant qui, de loin, crie : « Fausse route ! » Aussi bien concevait-il le progrès moins comme le résultat d'initiatives individuelles ou de trouvailles de génie que comme le produit de l'effort prolongé, collectif et anonyme des générations successives de patients travailleurs. En tous cas, il prêtait grande attention à toute idée neuve, persuadé qu'il était qu'au fond des thèses, en apparence les plus paradoxales, se cachait, pour ainsi dire toujours, un grain ténu de vérité : cette parcelle de vrai, si minime fût-elle, il s'ingéniait à la découvrir, et, l'ayant découverte, il s'empressait de se l'assimiler.

Ces habitudes d'esprit et cette méthode rigoureuse donnent son caractère à l'œuvre entier de Ritti. Plus l'on s'en pénètre, plus l'on en retire cette même impression de solide, de sérieux qui — j'en appelle

à tous ceux qui l'ont connu — se dégageait de sa personne. Ici non plus, rien de négligé, rien d'improvisé, de hâtif, rien de prématuré, rien qui révèle un but intéressé, rien qui laisse transparaître la crainte de se voir devancé. Chaque publication vient à son heure et se justifie soit par son intérêt intrinsèque évident, soit par un besoin, par une nécessité du moment. L'auteur, on le voit, a pris chaque fois tout son temps pour mûrir son œuvre et s'est donné, quand il l'a jugé nécessaire, tout le recul suffisant.

Me sera-t-il permis maintenant, pour en terminer avec l'œuvre de Ritti, de dire un mot de l'écrivain? Ritti a beaucoup écrit, il écrivait facilement, d'abondance. Cependant, quoi qu'il écrivît, il resta toujours très attentif à la forme, il soigna la facture. Ici aussi d'ailleurs, il observa la correction la plus académique, se montra très traditionnaliste et s'interdit toute fantaisie. Dans les *Éloges* surtout, la belle ordonnance du discours, la cadence harmonieuse des périodes, l'art de la composition, la science des transitions, le choix des citations, tout révèle la culture classique la plus orthodoxe; même on se surprend à souhaiter, dans ces morceaux impeccables, un peu plus d'imprévu et que la phrase, comme la pensée, prenne parfois un peu plus d'envol...

* *

On pourrait soutenir avec avantage que la plupart des aliénistes contemporains, consciemment ou à leur insu, doivent, peu ou prou, à Ritti; mais Ritti n'a formé que peu d'élèves directs: dans les asiles de France, nous sommes quelques-uns à peine à nous recommander de son nom.

Cet homme, qui savait tant, enseignait peu. Du

moins, il n'apprenait pas volontiers les rudiments. Et tous ceux qui venaient à lui sans une initiation préalable ne tiraient pas de son contact tout le profit qu'ils s'en pouvaient promettre.

Il n'avait pas d'ailleurs, d'emblée, cette rondeur souriante ni cette familiarité affectée que l'on prise et que l'on recherche — que l'on trouve, paraît-il — de plus en plus chez les chefs. Son accueil, toujours courtois, restait toujours réservé.

Au surplus, il ne jugeait qu'à l'œuvre. Ponctuel dans son service, il exigeait de tous la même ponctualité. Sévère pour lui-même, il ne tolérait autour de lui aucun manquement. Et il ne se montrait pas prodigue de compliments.

Par surcroît, on le savait parfaitement ignorant de l'intrigue, incapable d'en montrer les chemins. Il ne célaît pas son aversion pour l'arrivisme, sous toutes ses formes et quel que fût son masque. Joignez enfin à cela qu'il s'interdisait toute intervention active dans les luttes professionnelles ou dans les tournois académiques.

Et vous aurez plus de raisons qu'il n'en faut pour comprendre que Ritti n'ait pas irrésistiblement attiré vers lui bien des jeunes gens.

Et, vraiment, ce fut grand dommage. Car, une fois que l'on avait pris son parti de ces traits de caractère du maître et dès que l'on était admis à pénétrer dans son intimité, on découvrait en Ritti un tout autre homme. Il se montrait alors ce qu'il était vraiment et ce que l'on eût dit qu'il prenait plaisir à cacher : un affectueux, d'une sensibilité aiguisée et d'une exquise délicatesse de sentiments ; au point de vue technique, un guide très sûr et merveilleusement documenté.

Autant Ritti répugnait à la leçon *ex cathedra*,

autant il affectionnait, dans son cabinet, au cours d'une promenade — son plaisir favori — ces entretiens familiers, sans plan préétabli, où les digressions surtout ont du charme et où il n'était pas tenu de se confiner dans la spécialité. Que d'heures délicieuses l'on passait alors en sa compagnie lorsqu'il se laissait aller ainsi sans contrainte, sans pédantisme, sans bluff, au gré de son inépuisable érudition ! Philosophie, histoire, littérature, art, science des religions, etc., tout lui devenait prétexte à enseignements. Découvrait-il inopinément un vieux livre à l'éventaire d'un bouquiniste : en quelques mots, il le situait à son époque, il en extrayait l'idée maîtresse, il en signalait les côtés curieux ou les points faibles, il en faisait ressortir l'influence, il disait qui s'en était inspiré, etc... On le prenait bien rarement en défaut : il appréciait en bibliophile, il jugeait en connaisseur.

Volontiers, à son tour, Ritti interrogeait pour s'informer du travail ou des lectures en cours ; il indiquait les questions à l'ordre du jour, en France, à l'étranger et il donnait ses conseils et ses avis en quelques formules brèves, concises.

Mais il ne poussait pas à la production : il estimait qu'en médecine mentale une expérience déjà longue est nécessaire avant que l'on puisse se permettre de faire œuvre personnelle. Il demandait qu'on s'informât d'abord, qu'on se soumit à un entraînement préalable — analyses des ouvrages d'autrui, revues critiques — et qu'on n'abordât qu'ensuite, et nanti d'une documentation rigoureuse, les travaux originaux.

Il avait coutume de répéter qu'il y avait pour l'aliéniste débutant deux dangers : verser dans la neurologie, s'éprendre de la psychologie. Non qu'il

voulût médire de ces disciplines, ni méconnaître leur intérêt : lui-même avait suivi jadis passionnément les leçons de Charcot et, dans le même temps, très lié avec Th. Ribot, il avait fourni au maître des matériaux précieux pour le développement de son œuvre. Mais il tenait que la médecine mentale a son domaine, ses méthodes, son penser propres et qu'elle n'a rien à gagner à se subordonner à des sciences connexes, qui certes peuvent devenir pour elle d'utiles auxiliaires, — au même titre d'ailleurs et dans la même mesure que tant d'autres techniques — mais qui ne sauraient en aucun cas lui servir soit d'introduction, soit de fondement, soit de modèle. Ritti se glorifiait de n'avoir jamais cessé, quant à lui, de mériter cette épithète d'aliéniste « pur » que tant de novateurs, neurologistes ou psychologues, ne prononcent plus aujourd'hui qu'avec une infinie commisération.

De Ritti personne ne pourra dire, — ce que l'on insinue de certains, — à savoir qu'il devait beaucoup à ses élèves : au cours de sa longue carrière, il n'a que très rarement collaboré et seulement avec ses maîtres (Legrand du Saulle, Ball) ou encore avec son collègue Christian. Quelle contribution d'ailleurs eût-il été possible de lui apporter pour le genre de travaux qu'il affectionnait ? A peine soulevait-on devant lui une question de la spécialité qu'il se montrait tout de suite tellement averti, qu'il fournissait de telles références que, venu dans le dessein de parler, l'on jugeait expédient et infiniment plus profitable d'écouter.

Il acceptait toutefois de ses élèves qu'ils ne fussent pas régulièrement de son avis. Même sur la fin de sa vie il admettait très volontiers la discussion, à la condition, bien entendu, qu'elle restât défé-

rente. Il se défendait de tout dogmatisme et jamais il ne prononça d'exclusive. Cependant il voyait avec grand regret que l'on s'écartât des voies qu'il savait sûres et qu'il se plaisait à indiquer, des pratiques qu'il avait mises à l'épreuve et qu'il avait enseignées. De la part d'un de ses disciples une infidélité à la saine doctrine le peinait à l'égal d'une défection. Il s'efforçait de n'en rien laisser paraître, il ne modifiait rien à son attitude et il se bornait à éviter dorénavant tout ce qu'il croyait pouvoir devenir matière à divergences ou sujet de dissenti-ments. Mais, au retour de l'enfant prodigue, il ne dissimulait plus sa joie et il ne triomphait qu'avec discrétion. Ce bon maître, je vous le dis, était surtout un homme bon.

(*A suivre.*)

Psychiatrie

FAMILLE B... ET FAMILLE F...⁽¹⁾

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HÉRÉDITÉ
DES MALADIES MENTALES

Par la D^{re}se Française MINKOWSKA
et le D^r Eugène MINKOWSKI

Nous présentons ici les résultats d'une enquête qui a été faite en Suisse, de 1912 à 1915, en premier lieu par l'un de nous (D^{re}se Minkowska) sous la direction du professeur Bleuler. Il s'agit d'une étude de l'hérédité des maladies mentales faite d'après la méthode généalogique. Les résultats de l'enquête n'ont pas pu être publiés jusqu'à présent à cause de la guerre; nous en profitons pour les exposer ici d'une façon succincte.

Il y avait, en 1912, en traitement à l'asile de Burg-hölzli, à Zurich, deux malades, frère et sœur, Émile et Berthe F... (désignés dans nos deux tableaux par le signe X), atteints de psychoses presque identiques au point de vue évolution et tableau clinique; cette psychose était atypique et il n'était guère aisé de faire un diagnostic. Les deux malades étaient à leur sixième

(1) Communication faite à la Société médico-psychologique dans la séance du 29 mars 1920. Le travail complet avec une analyse détaillée des observations ainsi que des problèmes soulevés paraîtra ultérieurement.

séjour à Bâghölzli; ils avaient présenté antérieurement des accès de dépression mélancolique et d'excitation maniaque, qui étaient espacés de deux à dix ans les uns des autres. Pendant leurs premiers séjours déjà, on avait pu noter quelques signes cliniques, qui ne paraissaient pas concorder avec les traits essentiels de la cyclothymie et qui avaient fait penser à la possibilité d'une démence précoce; mais ce qui attira encore bien davantage l'attention, c'était le fait, qu'avec le temps un déficit intellectuel devint de plus en plus net, surtout marqué chez la sœur, mais très net aussi chez le frère; la psychose évoluait vers un état dementiel et aboutissait à un tableau clinique qui, si on n'avait rien su au sujet des accès antérieurs, aurait été diagnostiqué comme démence précoce, déjà assez avancée. En somme, nous croyons pouvoir rapprocher nos deux malades des cas si intéressants présentés par M. Leroy à la séance de la Société clinique de Médecine mentale du 16 février 1920.

Le professeur Bleuler avait songé à la possibilité d'éclaircir le problème devant lequel nous nous trouvions, problème d'une psychose débutant par des accès périodiques à forme cyclothymique et évoluant progressivement vers un état dementiel schizophrénique, par une hérédité convergente: démence précoce d'un côté, cyclothymie de l'autre. Ce fut le point de départ de notre enquête. Nous avons adopté ainsi, sans le savoir d'ailleurs à ce moment-là, une idée de Magnan, qui avait cru pouvoir conclure que la mélancolie, la manie ou le délire chronique du père, l'épilepsie de la mère et *vice versa* peuvent exercer leur action directe sur le fils et déterminer chez lui simultanément deux névroses similaires aux précédentes, vivant côte à côte, mais sans perdre aucun de leur attribut. Une hérédité double donnerait ainsi lien à un être pathologique double, à

un sujet à la fois épileptique et vésanique. Chez les malades de Magnan, il s'agissait d'une coexistence côte à côte d'un délire vésanique et d'un délire épileptique; chez nous, par contre, il aurait pu s'agir d'une combinaison de schizophrénie et de cyclothymie, combinaison déterminée par une double hérédité. Mais il y avait encore une différence, c'est que Magnan avait basé son observation sur des faits bien établis, tandis que nous, nous avons fait une supposition *a priori*, et, comme il arrive bien souvent dans des cas pareils, la réalité s'est bien vite chargée de nous montrer que nous avions fait fausse route, en partie tout au moins. Nous avons trouvé, il est vrai, pour nos deux malades, une hérédité convergente, mais nous n'avons trouvé de cyclothymie ni d'un côté ni de l'autre; la famille de la mère des deux malades, la famille B..., était une famille d'épileptiques; dans la famille du père, famille F..., nous avons trouvé des maladies mentales, dont nous aurons encore l'occasion de parler.

Ainsi l'hérédité ne nous donnait pas l'éclaircissement que nous espérions d'elle, tout au moins pas de la façon escomptée d'avance, mais l'enquête avait suscité, en attendant, tant de problèmes intéressants que nous l'avons poussée aussi loin que possible. Nous sommes donc remontés, aussi bien dans la famille B... que dans la famille F..., jusqu'aux arrière-grands-pères de nos malades, puis nous avons étudié leur descendance *entière* et avons obtenu ainsi l'arbre généalogique *complet* des deux familles en question. C'est dire que nous avons adopté, dans nos recherches, la méthode généalogique. La famille F... comprend environ 350 membres qui se répartissent entre six générations successives, la famille B... 250 environ.

Pour établir nos arbres généalogiques, nous nous sommes servis des archives de paroisses qui, tenues d'une

façon parfaite, permettent de remonter jusqu'à la moitié du XVIII^e siècle ; les livres de paroisses de cette époque contiennent, outre les renseignements administratifs comme date de naissance, de mariage, de décès, etc., des remarques au sujet des faits saillants dans la vie de l'individu en question ; c'est ainsi que nous avons trouvé que l'arrière-grand-père B... de nos deux malades était atteint d'épilepsie. D'une très grande utilité ont été pour nous également les certificats médicaux d'internement retrouvés dans les anciennes observations de Burghölzli, certificats qui, faits par de vieux médecins de campagne, contiennent des renseignements complets sur les antécédents héréditaires des malades, ainsi qu'une description très détaillée de la vie et du caractère du malade avant son admission à l'asile. Ces certificats nous ont fourni des renseignements précieux et nous ont permis d'établir, entre autres, que l'arrière-grand-père F... était atteint d'aliénation mentale.

Une fois l'arbre généalogique établi, nous avons cherché à obtenir des renseignements les plus complets au sujet de tous les membres de la famille, aussi bien des malades que des membres qui étaient sains d'esprit, et avant tout, nous avons cherché à en voir le plus possible nous-mêmes. C'est dire que la majeure partie du travail a été faite en dehors de l'asile. De nombreux voyages ont été faits et environ 1/5 des membres vivants a été vu par nous. En ce qui concerne les autres, nous demandions des renseignements à leur sujet à leurs parents au cours de nos visites en tâchant d'être renseignés avant tout sur les maladies d'enfance, les progrès réalisés à l'école, le caractère, les relations avec la famille et les voisins, la profession, la position sociale, succès dans la vie, etc., tout ceci en bien nous gardant de suggérer quoi que ce soit à la personne que

nous questionnions et en lui demandant autant que possible des exemples pour les traits du caractère qu'elle nous indiquait. Là où c'était possible, nous ne nous contentions pas d'un seul renseignement, mais nous le contrôlions par les dires d'autres parents et de voisins. Nous nous sommes servis également de photographies, d'anciennes lettres, etc., et nous croyons avoir obtenu ainsi un matériel assez bien étudié dans tous les détails et concernant non seulement les aliénés de la famille, mais aussi tous ses membres sains.

La méthode employée par nous semble offrir bien plus de garantie en ce qui concerne les renseignements recueillis que celle qui consiste à envoyer des questionnaires imprimés. Il manque alors le contact direct avec la personne qu'on interroge; on n'a pas non plus devant les yeux un tableau vivant du milieu dans lequel vivent les personnes examinées. Il nous est arrivé plus d'une fois de constater que les renseignements qu'on nous donnait par écrit ne correspondaient pas à la réalité.

Nous ne pouvons ne pas insister sur le fait que la Suisse semble se prêter tout particulièrement à ces sortes de recherches. Nous avons déjà dit de quelle utilité ont été pour nous les archives et les livres des communes tenus dans un ordre parfait; deuxièmement la Suisse n'est pas très grande et pour cette raison il est toujours relativement facile de retrouver et d'aller voir des branches de la famille qui se sont transportées dans d'autres cantons et enfin, et ceci est peut-être le point le plus essentiel, nous avons trouvé, quoique nous avions affaire surtout à des cultivateurs, un intérêt réel pour nos recherches et un niveau intellectuel suffisant pour donner d'une façon raisonnable les renseignements demandés. Remarquons en passant qu'il existe une différence assez marquée entre la cam-

pagne et la ville ; ici on est bien plus méfiant en général et les renseignements sont bien plus difficiles à obtenir.

Avant de passer à l'examen des résultats obtenus, nous voudrions faire encore une remarque d'ordre général. Quand il s'agit de relations héréditaires chez l'homme, comme nous ne pouvons pas faire d'expériences, nous devons prendre les choses telles que la nature et le hasard nous les donnent ; mais la nature ne se soucie guère de nous les présenter de la façon la plus simple et la plus facile à interpréter. De ce fait semble découler la nécessité d'avoir en main un matériel suffisamment grand avant de tirer des conclusions quelconques. Une des grandes difficultés que nous aurons toujours à surmonter consiste dans les membres de la famille qui sont morts soit tout à fait en bas âge, soit encore relativement jeunes, c'est-à-dire sans qu'on puisse exclure avec certitude chez eux la possibilité d'une psychose ; ils constitueront toujours dans nos recherches une sorte de poids mort qui se fera ressentir d'une façon d'autant plus sensible que nous chercherons davantage à exprimer les résultats obtenus d'une façon plus précise, c'est-à-dire, en dernier lieu, en chiffres. Royer-Collard a déjà particulièrement insisté sur cette circonstance en présentant à l'Académie de Médecine le travail de Baillarger sur l'hérédité de la folie. Nous pouvons toutefois espérer que les erreurs qui peuvent résulter de ce fait s'élimineront d'elles-mêmes quand les cas étudiés seront assez nombreux. Il y a néanmoins une maladie où il y a des raisons toutes spéciales de tenir compte des enfants morts en bas âge, cette mort pouvant être imputée directement à la maladie elle-même ; nous parlons ici de l'épilepsie. Bouchet et Cazauvieilh, en 1825 déjà, avaient trouvé que sur 58 enfants nés de mères épileptiques, 37 étaient morts en bas âge ; puis en 1867 et 1868, Foville et

Dontrebente ont présenté à la Société médico-psychologique des observations très intéressantes à ce point de vue; puis Escheveria et Féré ont également insisté sur cette circonstance. Cette mortalité des enfants en bas âge est peut-être une des raisons de la divergence extrême des opinions au sujet de l'hérédité de l'épilepsie, divergence allant de la négation complète de cette hérédité, jusqu'à l'affirmation devenue célèbre de Hoffmann : *Neque est ullus morbus qui tam facile a parentibus in liberos devolvitur quam epilepsia.*

A ce point de vue, notre enquête nous a fourni des données très instructives et c'est sur ce point uniquement que nous voudrions insister aujourd'hui en ce qui concerne la famille B..., le temps ne nous permettant pas de l'analyser ici entièrement.

Dans le tableau de la famille B..., les carrés indiquent les personnes du sexe masculin, les cercles celles du sexe féminin.

Les cas d'épilepsie sont marqués entièrement de noir; les carrés et les cercles mi-noirs et mi-blancs indiquent les maladies mentales.

Pour éviter de donner à notre tableau des dimensions démesurées, nous avons dû nous contenter de marquer dans les branches de la famille, où il n'y avait rien de spécial à signaler, la descendance dans chaque génération d'une façon globale, en chiffres.

Les petits ronds noirs indiquent les enfants morts en bas âge, de même les chiffres soulignés. Les croix sous les carrés, les cercles ou les chiffres indiquent les membres de la famille qui, quoique mariés, sont restés stériles. Ainsi par exemple : $1 + 9$ veut dire neuf enfants morts en bas âge sur un total de dix ; $4 + 5 -$ cinq enfants morts en bas âge sur un total de neuf ; sur les quatre restants deux sont restés stériles.

Nous voyons avant tout que l'ancêtre de la famille B..., atteint lui-même d'épilepsie, a 11 enfants dont 6 meurent en bas âge.

Examinons maintenant la descendance d'une de ses filles (la seconde). Elle a 14 enfants, dont 1 seulement meurt en bas âge, les 13 survivants se marient tous, mais 5 ménages sur les 13 sont entièrement stériles. Étant donnée la rareté des ménages sans enfants à la campagne, ce fait permet d'attribuer le phénomène constaté à une cause commune. Voilà maintenant ce que nous trouvons dans les 8 ménages restants : dans un cas nous avons, sur 8 enfants, 4 qui meurent en bas âge ; dans un autre, sur 9 enfants, 5 meurent en bas âge et, sur les 4 survivants, 2 restent stériles quoique mariés ; enfin dans un troisième cas, sur 10 enfants, 9 meurent en bas âge de convulsions, le seul survivant se marie et là enfin dans sa descendance apparaît un cas d'épilepsie. Il est évident que ce cas est déjà tellement éloigné de l'ancêtre qu'il pourrait apparaître comme cas isolé, néanmoins il est relié à lui d'une façon continue par le fait de la stérilité et de la mortalité des enfants en bas âge que nous trouvons dans toutes les générations dans les lignes collatérales.

Comparons maintenant avec cette souche de la famille, une autre de la même famille, celle du fils cadet de l'ancêtre B... Ici nous ne trouvons plus de stérilité ; la mortalité des enfants est également loin d'atteindre les proportions de la souche précédente. Aussi, la descendance dans cette souche croît constamment, tandis que dans l'autre, elle est en décroissance : dans la première, 13 personnes avec 13 conjoints n'ont que 17 enfants qui survivent et qui, dans la génération suivante, n'ont en tout que 22 descendants, tandis que les chiffres correspondants de la seconde souche sont 6, 20, 58. Mais en même temps nous trouvons dans cette dernière souche,

FAMILLE B... (1761-1915).

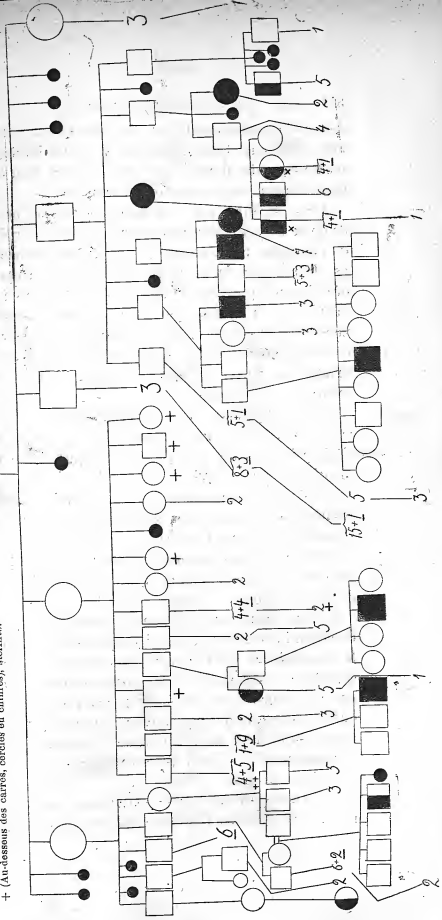
Les carrés indiquent les personnes du sexe masculin, les cercles celles du sexe féminin.

× Sujets d'épreuve.

+ (Au-dessous des carrés, cercles ou chiffres), stérilité.

Épileptie.
Allégation mentale.
Mort en bas âge.

— (Au-dessous des chiffres), mort en bas-âge.



des cas bien plus nombreux d'épilepsie chez l'adulte : nous y voyons 6 cas d'épilepsie et 4 cas d'aliénation mentale ; et des 6 cas d'épilepsie, il y en a 4 au moins dans chacune des générations successives.

Ainsi, on dirait que nous nous trouvons en présence de deux façons différentes de transmission héréditaire de l'épilepsie : la première, la plus grave, se manifeste par la stérilité, la mortalité des enfants en bas âge, décroissance progressive et cas isolés d'épilepsie chez l'adulte ; dans l'autre, qui est moins grave, nous trouvons : pas de stérilité, pas de mortalité excessive des enfants, augmentation de la descendance, mais en même temps, cas plus nombreux d'épilepsie et d'aliénation mentale chez l'adulte.

Cette comparaison entre les deux souches paraît être assez instructive pour l'appréciation de l'hérédité de l'épilepsie, et c'est pour cette raison que nous l'avons mentionnée ici.

Nous passons maintenant à un exposé succinct des résultats obtenus au sujet de la famille F... et représentés dans le second tableau.

Dans ce tableau, également, les carrés représentent les personnes du sexe masculin, les cercles les personnes du sexe féminin.

Ici également nous avons marqué dans les branches de la famille où il n'y avait rien de spécial à signaler, la descendance dans chaque génération d'une façon globale, en chiffres. Il ne faut pas néanmoins oublier que ces branches ont été étudiées aussi attentivement que les autres, et que ces chiffres, tout en occupant une place très modeste dans le tableau, représentent justement le matériel le plus précieux au point de vue de l'avenir de la race.

Les carrés et les cercles entièrement marqués de noir représentent les psychoses qui, à notre avis, appar-

FAMILLE F... (1757-1915)

Les carrés indiquent les personnes du sexe masculin, les cercles celles du sexe féminin.

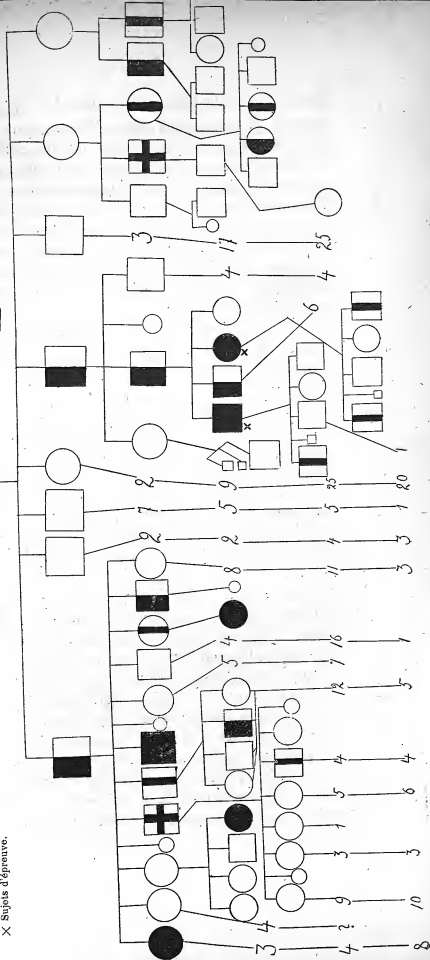
× Sujets d'épreuve.

Schizophrénie.

Psychoses autres que la schizophrénie et psychoses au diagnostic incertain.

Suicide.

Caractère anormal.



tiennent au groupe des schizophrénies ; ceux qui ne sont marqués de noir que jusqu'à moitié, représentent les maladies mentales autres que la schizophrénie ainsi que ceux au diagnostic incertain, soit en raison de renseignements insuffisants, soit en raison des signes cliniques qui les caractérisaient. Nous ajoutons de suite que nous avons catalogué les deux malades dont nous avons parlé au début à cause de leur acheminement progressif vers un état démentiel comme appartenant au groupe des schizophrénies.

Les croix indiquent les cas de suicide ; enfin une raie noire au milieu du cercle ou du carré, les caractères anormaux, dont nous aurons l'occasion de parler encore plus loin.

Les membres de la famille se répartissent, comme nous l'avions dit plus haut, en six générations.

L'ancêtre, le vieux F..., a été atteint d'aliénation mentale : « irresinnig geworden », comme il est dit dans le certificat médical qui nous fournit ce renseignement ; nous insistons sur l'expression « irresinnig » car elle permet d'exclure un trouble passager ainsi que la démence sénile et indique, en tous les cas, une maladie mentale grave.

Le vieux F... a huit enfants ; sur ces huit, quatre sont bien portants et fournissent une descendance entièrement saine, qui représente au total 130 individus, c'est-à-dire plus d'un tiers des membres de la famille F...

Deux filles (les deux cadettes) sont bien portantes elles-mêmes, il est vrai, mais nous trouvons des malades dans leur descendance ; enfin deux fils sont atteints de maladies mentales. L'aîné, Henri, homme très énergique et travailleur, réalise une fortune assez considérable ; il tombe malade à l'âge de soixante ans atteint, comme nous le dit l'observation de sa petite-fille, d'un accès de mélancolie qui dure plusieurs années. L'autre, Étienne

(le cinquième enfant de l'ancêtre F...), tombe dans l'enfance à un âge déjà très avancé, de sorte qu'il est permis d'admettre une démence sénile.

Nous examinerons maintenant la descendance de ces deux fils du vieux F...

L'aîné, Henri, a 13 enfants, dont 2 morts en bas âge; sur les 11 survivants, 4 sont malades.

La fille aînée ressemble à son père, mais a toujours été un peu bizarre; elle tombe victime d'une maladie mentale à longue haleine qui aboutit à un état démentiel. Sa descendance est bien portante, mais il faut que nous ajoutions, autant que nous la connaissons, car une partie de celle-ci est allée en Amérique et il nous a été impossible de pousser nos recherches jusque-là; c'est d'ailleurs un des deux cas seulement où nos renseignements ont dû rester incomplets.

Un deuxième fils (le cinquième enfant d'Henri F...) commet un suicide probablement à la suite de difficultés matérielles.

Un autre (le septième enfant) tombe malade à l'âge de vingt-deux ans, doit être surveillé, se livre à des actes incohérents, grimpe aux arbres, veut faire du pain dehors et est interné à la suite.

Enfin un troisième fils (le douzième enfant), après avoir été en 1870 à Paris, au moment du siège et après y avoir perdu sa femme et sa fille, tombe malade à l'âge de quarante-deux ans; d'après l'observation, il pourrait s'agir de paralysie générale; toutefois, les signes physiques n'étant mentionnés que d'une façon bien incomplète, il n'y a guère moyen de se prononcer avec certitude sur ce point.

Si nous passons maintenant aux petits-enfants d'Henri F..., nous trouvons trois cas d'aliénation mentale :

Le premier, c'est Albertine M..., dont la mère (troi-

sième enfant d'Henri F...) est bien portante. Albertine M... a trois frères et sœurs qui sont bien portants ; elle tombe malade et est internée pour la première fois à l'âge de vingt et un ans. C'est un cas très intéressant que nous examinerons d'une façon un peu plus détaillée, car il peut peut-être contribuer à éclaircir, au point de vue clinique, les cas des deux malades dont nous avons parlé au début. Les premiers signes de la maladie apparaissent à l'âge de quatorze ans et se traduisent par de courts accès de dépression qui reviennent presque tous les ans ; le premier internement a lieu à l'âge de vingt⁷/₂ et un ans, la malade présente à ce moment un état d'excitation maniaque ; les internements se succèdent² ensuite, mais plus rapidement que chez nos deux malades³, et la maladie évolue de plus en plus vers un état démentiel, de sorte que la malade ne quitte plus l'asile de Rheinan depuis 1903 ; nous avons eu l'occasion de la voir là-bas et avons constaté sans difficulté un état démentiel très avancé, bien plus avancé que chez nos deux malades ; néanmoins, la malade garde dans son attitude, jusqu'à présent, quelques traits maniaques. En résumé, la même psychose atypique que chez nos deux malades, mais où, si on peut s'exprimer ainsi, la période cyclothymique est de plus courte durée, et qui tourne bien plus rapidement et plus radicalement vers un état démentiel. Et cette ressemblance de la forme clinique des psychoses, chez des parents assez éloignés déjà, est un fait à retenir.

Le malade suivant de cette génération (un fils du sixième enfant d'Henri F...), le cousin de la précédente, est un gros débile, trois fois condamné pour avoir mis le feu soi-disant pour motifs de vengeance.

Enfin, une autre cousine, Caroline M... (fille du onzième enfant d'Henri F...), est atteinte de démence précoce à évolution assez lente.

Nous passons maintenant à la descendance d'Étienne F..., dont nous avons parlé plus haut, et qui était atteint de démence sénile :

Il a quatre enfants dont deux se portent bien et fournissent une descendance bien portante, un meurt en bas âge ; enfin le quatrième, Jacques F..., caractère toujours un peu sombre, tombe malade à l'âge de cinquante-deux ans, atteint de mélancolie ; après un séjour de plusieurs mois à Burghölzli, il rentre à la maison, où il vit encore trois ans, mais il est complètement changé, ne s'intéresse plus à rien, se montre tout à fait indifférent vis-à-vis de sa famille, lui qui était très bon père de famille avant, se néglige complètement, passe la plupart de son temps au lit, a des hallucinations de l'ouïe, ne veut parler à personne, et doit être surveillé, ayant manifesté le désir de mettre le feu à la maison. Ainsi, nous trouvons ici également des traits qui ne concordent pas tout à fait avec une mélancolie simple, de sorte que le professeur Bleuler hésite entre ce diagnostic et celui de schizophrénie tardive.

Jacques F... est le père de nos deux malades Émile et Berthe, dont nous avons parlé au début ; Émile est son fils aîné, Berthe son troisième enfant. Un autre frère tombe malade à l'âge de vingt et quelques années à l'occasion d'un voyage à Naples, il y est interné dans un asile pendant plusieurs mois, revient ensuite en Suisse, ne présente plus jusqu'à sa mort, survenue à l'âge de cinquante ans, de troubles mentaux, se marie, a six enfants bien portants et se crée une très bonne situation.

Une quatrième sœur, enfin, est légèrement débile, mais ne présente aucun autre trouble.

Il nous reste encore quelques mots à dire au sujet de la descendance des deux filles cadettes de l'ancêtre F...

Nous y trouvons un cas de suicide ; puis un cas de

psychose sur laquelle les renseignements sont assez imprécis ; nous savons seulement qu'elle a débuté par un accès d'agitation violente et a suivi ensuite un cours chronique.

Enfin, nous y trouvons encore un cas d'aliénation mentale : Élisabeth F..., arrière-petite-fille de l'ancêtre F... C'est une de ces malades dont on apprécie l'état morbide surtout en les voyant dans le milieu où ils vivent, et qui à l'asile ne présentent pas de troubles bien marqués ; dehors, l'inadaptation à la vie ressort d'une façon très nette. Élisabeth F... a été cinq fois à Burghölzli, mais aucun de ces séjours n'a duré plus de trois mois ; il s'agit chaque fois d'une dépression psychique légère, avec quelques vagues idées de suicide de temps en temps, sans hallucinations, sans idées délirantes. Il est intéressant à relever le fait que, déjà, lors de son premier internement en 1891, le médecin dit d'elle : « plutôt apathique que déprimée ». Nous l'avons vue dans son village ; ici tout le monde est d'accord pour dire qu'elle est atteinte d'une maladie mentale ; bonne élève à l'école, travailleuse, elle change ensuite de caractère, devient bizarre, ne travaille presque plus, néglige ses affaires et son appartement où règne un désordre complet ; et ce qu'on lui reproche surtout, c'est une tendance exagérée à faire des visites aux voisins et aux parents ; il faut connaître la vie à la campagne suisse, pour se rendre compte de toute l'excentricité d'une telle habitude. De temps en temps, à la suite de difficultés plus ou moins sérieuses, elle va pour quelque temps à Burghölzli. En somme, ici aussi un cas de maladie mentale caractérisé par des traits maniaque-dépressifs, mais à côté desquels évolue un processus menant à un changement de caractère et à une inadaptation durable à la vie ; cette dernière est d'ailleurs bien moins accentuée que chez Émile et Berthe et les

réactions affectives sont encore en partie intactes.

Voilà les malades de la famille F... ; ils ne sont pas très nombreux, puisque après y avoir inclus deux cas de suicide et un cas de débilité mentale avec tendances antisociales et dangereuses, nous trouvons en tout 17 malades sur un total de 350 membres de la famille F... Il est évident qu'il ne faut pas oublier que ce chiffre peut croître encore étant donné que dans la sixième génération nous avons encore beaucoup d'individus jeunes qui peuvent tomber malades ; à ce point de vue, il y aurait intérêt évidemment de reprendre le travail là où nous nous sommes arrêtés, dans une dizaine d'années. Toutefois, le nombre peu élevé des malades semblait nous dire que le moment héréditaire venant de la famille F... ne suffisait pas à lui seul pour expliquer l'apparition de maladies mentales dans certaines branches de la famille, tandis que d'autres restaient entièrement indemnes et qu'il y avait lieu de rechercher d'autres causes encore pour l'éclosion des psychoses observées. Il est tout naturel que notre attention se soit portée avant tout vers le rôle que joue, à ce point de vue, l'autre conjoint, c'est-à-dire, l'hérédité de la famille à laquelle s'alliait par mariage un des membres de la famille F... Il est évident que nous n'avons pas pu pousser ces recherches trop loin, car ceci aurait dû conduire à l'étude d'un grand nombre d'autres familles ; néanmoins nous avons trouvé des faits qui méritent d'être retenus.

Commençons par le cas où les psychoses s'accumulent le plus parmi les enfants du même couple ; nous trouvons une fois trois malades sur quatre enfants ; il s'agit de nos deux malades Emile et Berthe et de leur frère qui avait été interné à Naples. Leur père Jacques F... a été malade lui-même. Or, sa femme non seulement appartient à une famille d'épileptiques (famille B...),

mais est atteinte elle-même de ce mal ; elle a des crises épileptiques qui apparaissent d'ailleurs tardivement, et est internée à Burghölzli à l'occasion d'un accès de délire épileptique. L'hérédité convergente joue donc ici un rôle très grand dans l'apparition des cas morbides.

Nous avons d'autres faits encore qui viennent confirmer cette opinion.

La femme de l'ancêtre F... est bien portaute elle-même, mais appartient à une famille M... où il y a des cas certains de démence précoce. Parmi les enfants de ce couple, deux sur huit sont atteints d'aliénation mentale.

Mais nous avons encore une alliance de la famille F... avec la même famille M... c'est la mère d'Albertine M... qui s'allie à un cousin M... qui est un alcoolique par-dessus le marché ; sur quatre enfants issus de ce mariage, une, Albertine, est atteinte d'aliénation mentale.

La mère de Caroline, femme bizarre elle-même, se marie avec un nommé K... dans la famille duquel nous trouvons également des cas nombreux d'aliénation mentale : l'unique fille issue de ce mariage est atteinte de démence précoce grave.

Enfin, circonstance également intéressante à signaler, les deux filles cadettes du vieux F... dans la descendance desquelles nous trouvons des cas morbides, se marient avec deux frères B... ; nous n'avons pas pu démontrer avec certitude la parenté de ces deux B... avec la femme de Jacques F..., néanmoins, cette parenté semble assez probable, tous ces B... venant de la même commune. Peut-être aurions-nous pu démontrer cette parenté s'il avait été possible de remonter dans nos recherches encore plus loin dans le passé, étudier une génération de plus ? En tous les cas l'union des deux sœurs F... avec les deux frères B... semble représenter une combinaison défavorable.

Il est donc presque certain que dans 9 cas morbides, sur un total de 17, nous trouvons une combinaison défavorable des parents, une hérédité convergente. Ceci ne veut pas dire que, dans les 8 cas restants, cette hérédité convergente n'existe pas, nous n'avons simplement pas pu la constater n'ayant pas de renseignements suffisants en main.

Nous ne voulons non plus dire que là où il y a hérédité convergente, les psychoses apparaissent dans la descendance avec une fatalité inévitable : il y a peut-être d'autres causes encore, soit d'ordre physique, soit d'ordre moral qui sont nécessaires pour que la psychose apparaisse chez un descendant taré au point de vue héréditaire.

Ce qui se dégage des faits relevés par nous, c'est plutôt une constatation négative, nous voulons dire que dans la famille F... l'hérédité unilatérale, la tare héréditaire qui existe dans cette famille ne paraît pas pouvoir à elle seule déterminer l'éclosion d'une psychose manifeste. Ceci revient à dire que la maladie mentale dans les cas observés représente un trait recessif, un trait dominé et non un trait dominant dans le sens de la théorie mendélienne.

Mais si la tare héritée ne peut à elle seule se manifester sous forme de psychose, peut-elle se manifester extérieurement d'une autre façon, d'une façon moins dangereuse pour l'individu, mais néanmoins d'une façon qu'on pourrait préciser et connaître ? En un mot les individus hétérozygotes dans le sens mendélien sont-ils reconnaissables pour nous comme tels à certains signes de leur organisation psychique ou leur qualité de porteurs de germes morbides, se manifeste-t-elle uniquement dans leur faculté de produire des descendants malades et reste de ce fait inaccessible pour nous tant qu'ils n'ont pas procréé. La question posée nous mène

au problème des caractères anormaux ; nous avons consacré à cette question une attention toute particulière et elle était une des raisons pour lesquelles nous tenions à avoir des renseignements précis sur tous les membres de la famille. Le premier résultat acquis a été de se rendre compte de toute la difficulté que présentent ces sortes d'études ; nous nous trouvons maintenant dans un domaine où tous les degrés sont possibles, degrés qui vont vers l'état normal d'un côté, vers la psychose de l'autre. Nous avons évité, comme nous l'avons dit déjà, de suggérer quoique ce soit aux personnes interrogées et nous avons préféré les laisser juges elles-mêmes, car elles ont l'avantage de juger leurs parents d'après leur bon sens et n'apportent pas de formules scientifiques toutes prêtes ni d'opinions préconçues. Le matériel recueilli est intéressant à bien des points de vue. Nous trouvons dans plusieurs cas que le père ou la mère de nos malades se sont signalés à leur entourage comme êtres bizarres « pas comme les autres », mais ceci est loin d'être une règle générale, puisque nous trouvons également, parmi les parents des malades, des gens au sujet desquels tout le monde, d'une façon unanime, donne les meilleurs renseignements tant au point de vue intellectuel qu'affectif. D'autre part, nous trouvons aussi des caractères anormaux parmi les enfants de parents malades comme par exemple chez les enfants d'Émile et de Berthe F... S'agit-il dans ce cas de signes précurseurs d'une psychose ou sont-ce des anomalies appelées à rester stationnaires ? Il faut attendre pour pouvoir donner une réponse à ces questions. Les faits étudiés sont réellement par trop complexes pour pouvoir être interprétés d'une façon uniforme.

Ce qui est à retenir, c'est que ces caractères anormaux existent dans la famille F... ; nous voudrions même dire.

qu'ils s'imposent d'eux-mêmes dès qu'on étudie la famille entière comme nous l'avons fait. Et ce qui frappe surtout, c'est la ressemblance très grande qui existe entre ces caractères anormaux de la famille F..., ressemblance qui frappe en somme aussi bien la famille que l'entourage et qui se manifeste dans des expressions telles que: « Oh oui, c'est un homme bizarre, c'est un véritable F... » (suit le nom de famille), ou encore: « Il a agi dans ces circonstances comme un véritable F... » ; expressions que nous avons entendues plus d'une fois, et qui ont été prononcées dans des circonstances souvent toutes différentes, par des gens qui ne se connaissaient même pas entre eux. Et nous croyons pouvoir leur attacher d'autant plus d'importance que dans une étude analogue de la famille B..., famille d'épileptiques, nous n'avons jamais entendu d'appréciations pareilles au sujet des membres de cette famille.

Il semble donc qu'il existe dans la famille F... un type de caractère anormal qui se maintient comme tel. Si nous essayons de dégager maintenant, des nombreux renseignements recueillis à ce sujet, le fond de ce type, nous pouvons le caractériser approximativement comme suit: caractère sombre et silencieux, méfiance, tendance à la dépression, mécontentement habituel et surtout tendance à l'isolement; « mehr für sich » comme disent les voisins d'eux. Parfois d'autres traits viennent s'ajouter à ce fond commun, comme par exemple une certaine tendance mégalo-maniaque dans la descendance d'Etienne F..., tendance qui se répète de génération en génération; parfois aussi nous trouvons des instincts pervers, comme tendance au mensonge, au vagabondage, indifférence vis-à-vis de la famille, instabilité avec réactions violentes, etc... Mais il serait faux de croire que le caractère anormal est

toujours une non-valeur sociale et tombe à la charge de la société. Au contraire, nous voyons plus d'une fois dans notre famille F..., que les branches où il y a des malades et des caractères anormaux sont justement celles qui ont réussi dans la vie, qui grâce à leur travail et leur énergie, sont parvenus à atteindre dans la société un échelon supérieur et un certain degré de bien-être. Ceci fait dire à leurs parents avec un sentiment d'orgueil mélangé de jalousie : « Nous, nous sommes pauvres, il est vrai, mais bien portants, eux, ils sont riches, mais malades. » Ce fait mérite évidemment d'être retenu.

Nous avons donc constaté une ressemblance frappante des caractères anormaux dans la famille F... ; d'autre part, nous avons décrit cinq cas de psychoses difficiles à interpréter au point de vue clinique mais présentant toutes des traits communs entre elles, psychoses caractérisées, comme nous l'avons vu, par la coexistence de traits essentiellement maniaque-dépressifs avec un processus morbide aboutissant à une désagrégation profonde de la personnalité. Or si nous posons la question de similarité à présent, nous croyons pouvoir dire que l'hypothèse d'une prédisposition amorphe pouvant donner naissance à n'importe quelle maladie mentale ne paraît pas suffisante pour expliquer les faits héréditaires observés. Il semble y avoir en tous les cas davantage qu'une telle prédisposition générale, et c'est ainsi que l'idée de similarité commence à faire valoir ses droits. Il est évident que tout ne se laisse pas non plus interpréter de ce point de vue, et qui sait si une telle interprétation sera jamais réalisable surtout en vue du rôle que joue l'hérédité convergente dans l'apparition des cas pathologiques et qui fait coïncider ainsi en eux deux prédispositions différentes. Nous ajoutons toutefois que l'idée de similarité trouve encore

un appui important dans les résultats obtenus au sujet de la famille B..., la famille d'épileptiques que nous avons étudiée. Enfin nous rappelons que tout dernièrement le Dr Vimmer a également insisté sur la similitude (Séance de la Société médico-psychologique du mois d'octobre 1919).

Avant de passer au problème pratique, nous essaierons de résumer tout ce que nous avons dit jusqu'à présent. Voilà la conclusion probable à laquelle nous aboutissons. Nous disons probable, car nous croyons qu'il faut connaître des cas plus nombreux encore pour pouvoir se prononcer avec certitude :

Ce qui se transmet de père en fils est une prédisposition ; cette prédisposition à elle seule n'est pas suffisante pour déterminer une psychose, il faut que d'autres agents nocifs viennent s'y joindre ; parmi ceux-là l'hérédité convergente joue un rôle très important ; la prédisposition transmise héréditairement n'est pas un facteur amorphe pouvant donner naissance à n'importe quelle anomalie psychopathologique, mais contient des traits spécifiques ; elle peut se manifester extérieurement sous forme de caractère anormal.

Il nous reste quelques mots à dire maintenant au sujet des relations qui existent entre les psychoses des parents et celles des enfants en ce qui concerne le moment de leur apparition et leur gravité. Les psychoses des enfants apparaissent-elles plus tôt que chez les parents ou non, sont-elles plus malignes chez ceux-là que chez ceux-ci, en un mot y a-t-il anticipation ?

A ce point de vue nous constatons que toutes les psychoses de la quatrième génération frappent des individus encore relativement jeunes, âgés de vingt et quelques années, circonstance que nous ne retrouvons pas dans les générations précédentes.

Un exemple intéressant de l'anticipation nous pré-

sente la descendance d'Étienne F... ; lui-même tombe malade à un âge très avancé, de sorte que nous avons pu supposer chez lui une démence sénile, son fils Jacques entre à l'asile à l'âge de cinquante-deux ans, tandis que les trois enfants de celui-ci sont internés déjà à l'âge de vingt et un ans ou vingt-deux ans, de sorte que le père et son fils aîné Émile entrent à Burghölzli à quelques mois d'intervalle seulement ; la fille Berthe fait son premier séjour à l'asile à l'âge de vingt et un ans. Chez Émile et Berthe, la psychose suit une évolution progressive.

Si maintenant nous rapprochons de cette anticipation constatée dans la quatrième génération par rapport aux générations précédentes, le fait que sur les 7 malades de cette génération, 3, c'est-à-dire presque la moitié, ne procréent plus, nous nous acheminons vers une conception très proche de la loi de dégénérescence progressive de Morel. Il est évident qu'il ne s'agit que d'une analogie, car il ne s'agit pas chez nous de la descendance directe du même individu, puisque nous nous sommes bornés à comparer globalement les malades d'une génération avec ceux des générations précédentes ; et deuxièmement, il ne saurait être question chez nous pour les individus qui n'ont pas procréé de stérilité réelle ; le fait trouve plutôt son explication dans la circonstance que les individus en question atteints, en raison de l'anticipation progressive, quand ils sont très jeunes encore, et la maladie prenant de suite une tournure très grave, ne se marient plus. Toutefois, la comparaison que nous avons faite entre la loi de Morel et nos constatations présente un certain intérêt et le nombre de malades dans la quatrième génération qui ne se sont pas mariés, semble indiquer, en commun avec l'anticipation progressive, le moyen dont se sert la nature elle-même, tout au moins dans

la famille étudiée, pour se préserver contre l'augmentation des cas morbides qu'elle cherche à éliminer progressivement par ses propres moyens.

Le nom de Morel est associé, tout au moins à l'étranger, avant tout à la loi de dégénérescence progressive, et, rien que par cette appellation de la loi, on se sent poussé vers un tableau de l'avenir fait uniquement de couleurs sombres et noires, on se sent entraîné au point de vue médical vers un pessimisme sans issue. Mais si on a l'occasion d'avoir entre les mains le *Traité des dégénérescences* de Morel on s'aperçoit aisément qu'il n'arrive que rarement de lire un livre de médecine où on trouve un point de vue aussi large et autant d'idées humanitaires, et qui avant tout ait été écrit avec une telle foi inébranlable dans l'avenir de l'espèce humaine.

Et maintenant, jetons encore un coup d'œil sur l'ensemble de notre arbre généalogique. Voilà ce que nous y trouvons. D'un ancêtre malade nous avons dans la génération suivante 2 individus malades et 6 non malades; dans la troisième génération, nous avons 7 malades et 28 non malades; dans la quatrième, 7 malades et 91 non malades; enfin dans la cinquième génération, 151 individus et dans la sixième, 60 dont aucun jusqu'à présent n'est atteint d'aliénation mentale. Il y a dégénérescence progressive, mais il y a incontestablement un facteur régénérateur à côté. Nous admettons volontiers que notre cas soit particulièrement favorable à ce point de vue, aussi sommes-nous loin de vouloir nous livrer à un optimisme exagéré. Ce que nous voudrions dire seulement, c'est que les résultats obtenus donnent à réfléchir. Ils donnent d'autant plus à réfléchir qu'il est davantage question de mesures très radicales qui devraient être prises légalement pour endiguer la procréation des individus tarés au point de

vne mental. Toutes ces mesures sont une arme à double tranchant, car à côté des avantages qu'elles peuvent donner, elles diminuent en même temps d'une façon sensible les forces procréatrices de la nation; ce qui n'est pas chose indifférente évidemment.

Nous ne voulons pas dire que nous n'ayons qu'à laisser aller les choses toutes seules; au contraire, nous estimons que le médecin est appelé à jouer un rôle important dans toutes ces questions, mais nous croyons que la question de l'hérédité des maladies mentales ne devrait pas être uniquement envisagée du point de vue de la dégénérescence progressive, mais qu'il convient de tenir compte également des forces régénératrices et créatrices dont la nature dispose.

Statistique

RÉSUMÉ STATISTIQUE

DES MILITAIRES INTERNÉS A L'ASILE DE LIMOUX

DU 2 AOÛT 1914 AU 31 DÉCEMBRE 1919

Par le Dr Calixte ROUGÉ

Médecin en chef de l'asile.

(Suite et fin.)

Il faut s'attendre à voir surgir, après cette guerre comme après les autres, de nombreuses statistiques sur le nombre de morts, soit par blessures, soit par maladies, sur le nombre et le genre de mutilations, sur les infirmités consécutives, etc. Il y a lieu de croire qu'on n'oubliera pas les aliénés, ces mutilés psychiques aussi intéressants que les autres. Cette dernière statistique devra indiquer, non seulement le nombre de cas, mais encore celui des guéris, des décédés, des chroniques, les formes mentales, etc., etc. Or, j'estime (je l'ai déjà dit) que ce n'est que dans les asiles d'aliénés que l'on pourra trouver les éléments de cette statistique. C'est là, seulement, qu'on trouvera les véritables aliénés plutôt que dans les formations de l'arrière où est passée une population flottante comprenant toute la série de maladies nerveuses, de psycho-névroses, d'émotionnés, de commotionnés, de délirants fébricitants et, parfois, des simulateurs.

J'estime encore que chaque asile ou maison spéciale d'aliénés doit éliminer de sa statistique tous les malades qui en sont sortis pour être transférés dans un autre asile; que chaque asile ne doit comprendre dans sa statistique que les malades qui y ont accompli leur dernière étape, c'est-à-dire ceux qui y sont morts, ceux qui en sont sortis par guérison ou amélioration permettant le séjour dans leur famille et, aussi, les chroniques destinés à y rester jusqu'à la fin de leurs jours. C'est en suivant ces principes que j'ai établi mes diverses statistiques.

L'asile de Limoux, par son éloignement du théâtre de la guerre, par son isolement, loin des grands centres, doit être, probablement, un de ceux qui ont reçu le moins d'aliénés militaires; le plus grand nombre appartenait aux départements de l'Aude et des Pyrénées-Orientales. Il est possible que d'autres aliénés militaires de ces deux départements soient morts dans d'autres asiles ou en soient sortis guéris, mais ils doivent être rares.

J'ai déjà donné les statistiques des aliénés militaires internés dans notre asile, du 2 août 1914 au 31 décembre 1915 (voir *Ann. méd. psych.*, octobre 1916), de ceux entrés en 1916-1917 (voir *Ann. méd.-psych.*, juillet 1918), de ceux entrés en 1918, dans laquelle j'ai compris toutes les précédentes (voir *Ann. méd.-psych.*, juillet 1919). Je vais les compléter par la liste de douze aliénés militaires entrés en 1919. Comme on le verra, tous ces militaires, quoique internés après l'armistice, sont bien des victimes de cette guerre; tous sont entrés dans notre asile pour la première fois. Voici leur énumération, avec les renseignements aussi succincts que possible :

N° 1. G... (Jean). Entré à l'asile le 12 janvier 1919.

Accès de folie de courte durée bien avant la guerre. Au régiment, troubles mentaux nécessitant son internement à Maison-Blanche, et, ensuite, son transfert à l'asile public de Montpellier d'où il est sorti non guéri, car, dès sa rentrée dans ses foyers, il ne tarda pas à donner des signes de folie furieuse. Diagnostic : Confusion mentale. Sorti guéri, le 22 mars 1919.

N° 2. P... (Jean-Marie). Entré le 17 mars, venant de l'asile de Maréville, où il se trouvait depuis le 22 janvier 1918. Diagnostic : Confusion mentale. Sorti amélioré, le 4 juillet 1919. N'est pas revenu.

N° 3. M... (Louis). Entré aussi le 27 mars, venant de l'asile de Maréville où il se trouvait depuis le 27 septembre 1917. Diagnostic : Dépression physique et mentale. Encore à l'asile, sans changement.

N° 4. R... (Pierre). Entré le 27 mars. Transféré de l'asile d'Évreux où il avait été admis, le 12 décembre 1917, après être passé par l'asile de Bron (Rhône). Diagnostic : Dépression mélancolique avec spasme du larynx, du pharynx et de l'œsophage, ne lui permettant que l'émission de sons gutturaux, et, quelquefois, deux, trois mots. Sorti guéri de son affection mentale, le 8 juin 1919, mais conservant son affection laryngopharyngienne.

N° 5. P... (Raymond). Entré le 4 avril par arrêté préfectoral. Rapatrié d'Allemagne, en 1916, comme aliéné. Sorti de l'asile de Montpellier le 19 janvier 1919, non guéri (D^r Albès) sur la demande de sa famille, qui a été forcée de nous l'amener deux mois après. Diagnostic : Dépression mélancolique sans changement.

N° 6. B... (Jean). Entré le 29 mai. Rapatrié d'Allemagne, le 16 mars, envoyé au dépôt de son régiment, réformé le 29 mars et renvoyé dans ses foyers où, dès son arrivée, il a donné des signes de folie qui ont persisté et nécessité son internement par arrêté préfectoral.

Diagnostic : Délire de persécutions. Encore à l'asile, sans changement.

N° 7. P... (Guillaume). Entré le 4 juin. Transféré de l'asile de Nice où il avait été interné, le 15 novembre 1917. Diagnostic : Dépression mélancolique. Encore à l'asile, sans changement.

N° 8. R... (Auguste). Entré le 3 juillet. Réformé n° 1. Transféré de l'asile de Montpellier où il avait été interné, le 26 avril 1918. Diagnostic : Délire de persécutions à base d'interprétations délirantes. Sorti, le 10 novembre 1919, sur les demandes réitérées de sa famille, légèrement amélioré.

N° 9. A... (Jean). Entré le 13 juillet. Son dossier porte « qu'il a présenté, aux armées, un état dépressif très marqué ». Démobilisé le 16 janvier 1919. Dès son arrivée dans sa famille, cet état n'a fait que s'aggraver : idées et tentative de suicide. Diagnostic : Dépression mélancolique. Encore à l'asile, sans changement.

N° 10. G... (Eugène). Entré le 9 août. Rapatrié d'Allemagne. Réformé n° 1. Nons vient de l'asile de Bron (Rhône), où il avait été interné, le 18 juin 1919, dès son arrivée d'Allemagne. Diagnostic : Confusion mentale, excitation maniaque. Sorti guéri le 14 novembre 1919.

N° 11. P... (Pierre). Entré le 4 septembre. Réformé n° 1. Interné, d'abord, à Mirecourt, en juin 1918. Passé de là à l'asile d'Épinal, et, ensuite, à l'asile de Montpellier, d'où il est sorti, le 11 juillet 1919, non guéri (D^r Albès), sur les instances de sa famille, qui s'est vue forcée de le faire interner à Limoux. D'après les principes posés au commencement de cet article, ce malade doit compter à notre asile, qui sera sa dernière étape, puisqu'il est du département de l'Aude. Diagnostic : Débilité mentale. Encore à l'asile, sans changement.

N° 12. B... (Henri). Entré le 17 octobre à notre

asile. Avait été interné, le 7 mai 1918, à Villejuif, avec le diagnostic : Paralyse générale. De là, transféré à Limoux. L'observation de ce malade se trouvera dans le rapport médical pour l'année 1919.

Je termine la statistique complète des militaires entrés à l'asile de Limoux depuis le début de la guerre jusqu'au 31 décembre 1919 et dont la maladie mentale est due à la guerre par deux tableaux qui ne sont que la reproduction des deux tableaux qui se trouvent dans mon dernier mémoire, mais qui contiennent, en plus : le premier, les militaires entrés en 1919 ; le deuxième, les terminaisons constatées chez tous ces malades au 31 décembre 1919, avec les modifications apportées en 1919, quant aux sorties et aux décès.

Nous y voyons que les militaires entrés dans notre asile durant cette longue période sont au nombre de 86, en ne comptant, bien entendu, que pour une admission ceux qui y sont revenus une deuxième fois. Sur ce nombre, il faut défalquer 5 sorties par transfert dans un autre asile, ce qui, d'après les conventions que j'ai établies, réduit à 81 le nombre de militaires aliénés au compte de notre asile.

TABLEAU I. — Admissions.

Du 2 août 1914 au 31 décembre 1915.	19
En 1916.	14
En 1917.	14
En 1918.	27
En 1919.	12
Total.	86

TABLEAU II. — Terminaisons.

Sortis par guérison	38
Sortis à essai et non revenus.	4
Sortis et réintégrés	2
Sortis par transfert	5
Encore présents à l'asile	25
Décédés.	12
Total.	86

Supplément. — Cet article était terminé lorsque, grâce à l'obligeance de M. le Dr Abbès, médecin en chef de l'asile de Font-d'Aurelle (Montpellier), j'ai reçu des renseignements précis sur deux autres aliénés militaires entrés en 1919, que j'avais éliminés faute de renseignements satisfaisants et que je dois comprendre

dans ma statistique d'après les conventions établies à ce sujet. Ce sont :

N° 13. A... (Jean-Marie-Fernand). Entré, le 15 juin 1916, à Font-d'Aurelle, il en est sorti, non amélioré, à la demande de sa famille, le 5 juin 1919. Ce malade, entré à notre asile, le 3 mai 1919, dans un état de stupidité, s'y trouve encore dans le même état. Diagnostic : Démence précoce.

N° 14. Q... (Antoine). Entré à Font-d'Aurelle, le 8 juin 1917, en est sorti, seulement amélioré et à la demande de sa famille, le 30 janvier 1919. Son dossier porte qu'il a été interné, en 1919, par sa famille, à Toulouse. Renseignements pris, nous savons qu'il a été interné, en effet, dans la maison de santé de M. le Dr Parant, à Toulouse, mais c'est avant la guerre, en 1909. Il est entré à notre asile le 10 octobre 1919. Diagnostic : Dépression mélancolique. Encore à l'asile, mais très amélioré.

Il résulte que les deux tableaux ci-dessus doivent être modifiés comme il suit : premier tableau en 1919, 14 admissions au lieu de 12, ce qui porte le total des admissions à 88 ; deuxième tableau, 27 encore présents au lieu de 25.

En réalité, en 1919, nous avons eu 18 admissions ; mais j'en ai éliminé 4 pour les motifs suivants : le premier, entré et sorti en 1918, réintégré en 1919, avait été déjà compté en 1918. Un deuxième, réformé en 1917 pour cause d'affection cardiaque, avait été atteint de fièvre typhoïde en 1918. Les deux autres, anciens ouvriers militaires, ont été atteints de folie alcoolique plusieurs mois après leur démobilisation. Le service militaire ne peut pas être rendu responsable de la folie de ces quatre militaires.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 29 MARS 1920.

Présidence de M. PACTET, vice-président.

Suite (1).

Confusion, démence et auto-conduction.

Par MM. TOULOUSE, JUQUELIER et MIGNARD.

La présente communication est la suite d'une série de travaux publiés avant la guerre ; les derniers d'entre eux dans les *Annales médico-psychologiques* et devant la Société (2). Ils aboutissaient à cette idée principale : certains états apparemment démentiels dépendent de troubles confusionnels, ou de troubles fonctionnels plus ou moins apparentés à ces derniers troubles. Depuis lors, plusieurs auteurs ont développé, sur cette question ou des questions voisines, d'intéressantes considérations. Nous pourrions en envisager aujourd'hui quelques-unes seulement.

MM. Capgras, Juquelier et Bonhomme (3) ont adopté et soutenu la notion de la confusion mentale, trouble typique de la défaillance globale des fonctions de direction et d'adaptation psychiques, d'*auto-conduction*, dans une étude donnée à la réunion des Sociétés

(1) Voir numéro de mai-juin, p. 276.

(2) Toulouse et Mignard. La théorie confusionnelle et l'auto-conduction. *Ann. méd.-psych.*, juin, juillet 1914. Toulouse et Mignard. Comment caractériser et définir la démence. *Soc. méd.-psych.*, mars 1914.

(3) Capgras, Juquelier et Bonhomme. La confusion mentale dans ses rapports avec les événements de guerre. *Bull. de la Soc. clin. de méd. ment*, décembre 1917.

cliniques de médecine mentale, médico-psychologique et de psychiatrie.

M. Mourgue (1) a utilisé la notion d'auto-conduction, en montrant la valeur très générale des défaillances de l'application et de l'inhibition dans la genèse des troubles mentaux, et les rapports de ces conceptions avec celles de MM. Pierre Marie et de Monakow en ce qui concerne la physiologie cérébrale.

D'autre part, M. Truelle (2) a publié dans les *Annales médico-psychologiques* une étude dans laquelle il considère de nombreuses formes mentales généralement connues aujourd'hui, non comme des maladies, — entités cliniques nettement déterminées, — mais comme des syndromes symptomatiques d'affections encore souvent inconnues, syndromes susceptibles, du reste, de se combiner et de se transformer les uns dans les autres. Telle paraissait, du reste, la conclusion logique des considérations et discussions qui avaient accompagné la présentation faite devant la Société par MM. Briand, Truelle et Vigouroux (3) d'un projet de classification psychiatrique.

M. Chaslin (4), dans ses conférences données à Sainte-Anne, puis dans un article des *Annales*, a discuté les conceptions nouvelles en leur opposant le point de vue de la confusion mentale, maladie déterminée, psychose d'épuisement, accompagnée de symptômes physiques particuliers (fièvre légère, état de dénutrition et d'auto-intoxication subaiguë, troubles digestifs). Il pense qu'on doit la distinguer nettement de la démence vésanique, plus encore de la démence précoce, dans laquelle les troubles intellectuels sont moins diffus au début, malgré la gravité du pronostic, et dont l'étiologie est différente. On sait d'autre part

(1) Mourgue. La fonction psychologique d'inhibition étudiée dans un cas de chorée de Huntington. *Arch. suisses de neurol. et de psych.*, t. V, fasc. 1, 2.

(2) Truelle. Introduction à un essai de classement syndromique et étiologique. *Ann. méd.-psych.*, juillet-septembre. 1919.

(3) Briand, Vigouroux et Truelle. Essai de classement syndromique et étiologique. *Soc. méd.-psych.*, 27 juillet 1914.

(4) Chaslin. La confusion mentale. *Ann. méd.-psych.*, juillet, août, septembre, octobre 1915.

que M. Chaslin (1) sépare cette maladie, à laquelle il a donné le nom de *Confusion mentale primitive idiopathique*, des divers états confusionnels et oniriques, symptomatiques de telle ou telle infection ou intoxication, ainsi que des états confusionnels secondaires à tel autre trouble psychique particulier, comme la manie, la mélancolie et les délires.

Enfin M. René Charpentier (2), dans la *Revue neurologique*, distingue le syndrome onirique du syndrome confusionnel proprement dit. De ses observations ressort l'existence de délires de rêve se mêlant à la réalité, dont le sujet conserve cependant une assez claire conscience.

Nous sommes heureux de reconnaître la grande valeur clinique de la description donnée par M. Chaslin de sa *Confusion mentale primitive idiopathique*. Cette affection répond véritablement à certains états morbides, auxquels leur symptomatologie, leur étiologie, leur pronostic confèrent une intéressante et indubitable parenté.

D'autre part, M. Chaslin admettrait sans doute volontiers, croyons-nous, que ce terme de primitive, qu'il donne à sa confusion mentale, ne vise pas en elle le syndrome présenté, qui, là comme ailleurs, paraît secondaire à certaines causes, à certains états. En l'espèce, on peut penser que la maladie de M. Chaslin est une affection qui se développe à la suite de processus multiples, de fatigues physiques et morales, d'auto-intoxications gastro-intestinales, d'insomnies, d'émotions répétées, processus ayant tous ce caractère qu'ils aboutissent à un état de confusion mentale, de dénutrition et d'auto-intoxication d'allure subaiguë. Du reste, les seules divergences d'opinion apparentes semblent reposer sur un malentendu. Quand M. Chaslin parle de *confusion mentale*, il reste sur le terrain *nosographique*. Pour nous, le problème était pathogénique; nous envisagions le syndrome mental confusionnel, non dans ses rapports avec telle entité clinique, telle cause

(1) Chaslin. *La confusion mentale primitive*.

(2) René Charpentier. L'onirisme hallucinatoire. Ses rapports avec la confusion mentale. *Revue neurologique*, octobre 1919.

ou telle évolution, mais dans sa constitution même, dans son mécanisme si l'on peut dire ; et nous considérons les rapports et les différences de cette variété symptomatique avec les divers autres syndromes, qu'elle éclaire, comme nous le dirons, d'une lumière spéciale.

Le syndrome n'est pas la maladie. Dans certains cas, nous savons remonter de celui-là à celle-ci. Nous savons, par exemple, que le *syndrome* onirique *peut* manifester l'intoxication alcoolique ou la toxi-infection dothiéntérique qui sont deux *maladies* différentes. De même, le *syndrome* mental confusionnel, tout en manifestant la *maladie* (ou les *maladies*) de M. Chaslin peut ressortir à d'autres nosographies. Ce sont, dans tous les cas, des signes secondaires (tremblement, courbe de température, état du tube digestif, anamnistiques) qui nous feront porter le diagnostic. La grande diffusion clinique du syndrome confusionnel n'empêche pas d'étudier tels cas déterminés de confusion mentale.

Nous pensons, avec M. René Charpentier, que l'on peut distinguer le syndrome confusionnel typique de tel ou tel syndrome qui lui est souvent associé. Des analyses fines et délicates, comme celles de M. Charpentier, permettent de mieux connaître, de mieux déterminer les troubles considérés. Mais il est intéressant aussi, avec M. Truelle, d'envisager, non plus les différences, mais les rapports qui existent entre les divers syndromes. Nous pensons comme lui que ces syndromes mentaux, simples expressions générales de grandes réactions psycho-organiques, sont susceptibles de se combiner, de se continuer et de se transformer les uns dans les autres.

Parmi ces syndromes, l'un d'eux, le syndrome confusionnel, nous a paru mériter une place centrale en psychiatrie parce qu'il correspond au trouble global et non différencié d'une importante fonction mentale, *l'auto-conduction*, dont les défaillances plus particulières nous permettent de comprendre les diverses caractéristiques des autres syndromes mentaux, leurs différences et leurs rapports.

Il est bien entendu que nous ne voulons pas isoler

l'auto-conduction des autres fonctions mentales. Elle n'est, à vrai dire, que la capacité d'adaptation, de direction, de maîtrise, d'utilisation de toutes les fonctions psychiques et psycho-organiques. Elle n'a donc point d'existence isolée. Mais elle peut défaillir plus ou moins passagèrement malgré leur persistance, puisque nous observons dans certains troubles mentaux, comme à l'état normal au cours de la distraction, et plus encore dans le sommeil et le rêve, l'inadaptation de certaines possibilités qui cependant existent toujours, car un effort d'attention active, une rémission temporaire ou le seul réveil matinal leur permettent de se manifester de nouveau.

Cette fonction a des conditions psycho-physiologiques nombreuses. Nous avons vu que le sommeil suspend son bon exercice. Il en est de même du désintérêt, de certaines formes de l'émotion. Il n'est pas douteux qu'elle est parfois gravement perturbée à la suite des modifications qu'une intoxication produit dans l'organisme, comme en produisent l'alcool ou la toxine éberthienne. Enfin, ses troubles dans les démences montrent la difficulté, et parfois l'impossibilité de son fonctionnement lorsque sont réalisés certains désordres anatomiques. De même, l'auto-conduction subit l'influence de l'âge. Faible et mobile chez l'enfant, elle constitue lentement sa force, par l'effet combiné du développement et de l'éducation. Son optimum de rendement pratique est atteint assez tard, à l'âge mûr, et elle tend à s'affaiblir dans la vieillesse.

Nous avons dit que, dans la confusion mentale, elle était globalement atteinte ; et c'est ce qui explique l'état dominant d'inadaptation, de désorientation, d'indétermination, qui caractérise cet état, tellement flou, que, dans ses formes caractéristiques, il est capable de comprendre tous les symptômes mentaux, sans en réaliser parfaitement aucun. Mais les conditions pathologiques qui s'opposent à l'exercice de l'auto-conduction n'ont ici aucun caractère de grave irréversibilité ; car il est souvent possible de faire varier les résultats des opérations mentales en provoquant, par la mise en jeu de l'intérêt, un sérieux effort d'application des fonctions psychiques. Au point de vue organique, nous savons qu'il

n'existe que des troubles fonctionnels ou des lésions susceptibles de rapide restauration.

Le syndrome maniaque nous permet d'étudier un pouvoir plus spécial de l'auto-conduction : l'inhibition volontaire, qui, dans ces états, est plus électivement atteinte. La direction des processus peut permettre une certaine lucidité, mais l'arrêt est très difficile. Nous savons que ces états s'accompagnent d'une très grande excitabilité réflexe ; il n'y a donc rien d'étonnant à ce que la réalisation des pensées échappe facilement à la maîtrise du sujet.

L'auto-conduction défaille donc ici plus spécialement dans son pouvoir d'inhibition. Mais comme ce pouvoir n'est pas essentiellement séparé des autres processus de l'auto-conduction, il en résulte que la direction est toujours elle aussi plus ou moins atteinte, et qu'il se manifeste une incohérence plus ou moins grande.

Au cours des états mélancoliques, l'auto-conduction est plus particulièrement entravée dans son pouvoir de mise en train. Ici, très évidemment, les possibilités intellectuelles, affectives, volitives, sensorielles et motrices existent ; mais leur déclenchement volontaire est lent, douloureux, pénible, comme s'il avait à vaincre un obstacle sans cesse renaissant. Certaines réactions nerveuses inverses de celles que l'on observe dans la manie ont sans doute quelque rapport avec cet obstacle.

Il faut bien remarquer, encore, que les diverses spécialisations de l'auto-conduction restent solidaires, ce qui explique les combinaisons des états mélancoliques avec les états délirants et confusionnels, et avec les états maniaques (folie maniaque dépressive).

Nous n'envisagerons pas ici la question des délires, qui nous entraînerait trop loin. Notons seulement que dans l'onirisme le pouvoir d'arrêt défaille plus électivement en ce qui concerne le jeu de l'imagination visuelle, qui s'objective en hallucinations. Les psychoses hallucinatoires proprement dites marquent une réaction plus complexe des fonctions mentales supérieures à ces troubles psycho-sensoriels.

Enfin les délires d'imagination et d'interprétation manifestent plus spécialement la défaillance de l'auto-conduction en ce qui concerne la critique des opérations

intellectuelles, défaillance probablement secondaire elle-même à un état de trouble affectif.

Le problème devient plus complexe lorsque nous abordons la démence précoce, où, pour user d'un terme qui préjuge moins, la psychose hébéphrénocatatonique. Nous avons d'abord été tentés de la rapprocher, comme Régis, des états confusionnels, parce que, comme dans ces états, la lucidité et les résultats de l'activité intellectuelle sont susceptibles des plus considérables variations, selon que l'auto-conduction applique ou non son effort vers le but poursuivi. On peut même dire que, lorsque cet effort se produit, les résultats paraissent meilleurs encore que dans les divers états confusionnels. Cette persistance de la lucidité, parfois très remarquable, a été notée par Kraepelin et Chaslin. Mais, dès le début de l'affection, il est très difficile de capter l'intérêt du sujet, et de lui faire accomplir un effort volontaire d'adaptation. Cette difficulté semble tenir surtout à la discordance affective, un des symptômes essentiels de la maladie. Plus tard, cette discordance fait place à une apathie presque continue, et les caprices de l'attention au désintérêt intellectuel. C'est alors que s'accuse l'aspect démentiel du malade.

En pratique, le pronostic de ces états est grave; mais leur signification supposée de ruine mentale définitive est cliniquement battue en brèche par l'existence de rémissions, sinon de guérisons, au cours desquelles certains symptômes, apparemment démentiels, cèdent à une reprise d'activité, tout au moins passagère, de l'auto-conduction. L'affection considérée nous montrerait donc surtout des troubles graves de l'auto-conduction, liés à des troubles de l'affectivité.

La démence sénile nous permet d'étudier un type des états considérés par tous comme déficitaires, puisque l'affaiblissement profond de la fixation mnésique et de l'évocation des souvenirs récents en paraissent constituer les signes mentaux les plus caractéristiques. Mais la défaillance et la fixation mnésique de l'évocation, en liaison plus ou moins directe avec une lésion nerveuse plus ou moins localisée, n'est pas capable à elle seule de constituer la démence. On conteste, en effet, l'exactitude de ce terme lorsqu'il est question de l'appliquer

à certains aphasiques, troublés dans leur état mental, mais non de façon démentielle. On sait distinguer aussi de la démence l'apraxie et l'asymbolie. Hélène Keller, à laquelle manquaient les plus importantes des données sensorielles, n'était pas cependant une démente. Et pour serrer de plus près la question, les amnésiques commotionnels ne sont pas considérés comme des déments, bien que certains aient perdu l'usage de la presque totalité de leurs acquisitions anciennes.

Il semble que ce qui importe plus encore, pour caractériser la démence, que le grand nombre des défaillances de mémoire, c'est la limitation générale et habituelle de toutes les possibilités, telle que l'activité psychique se trouve réduite à un faible exercice. Les démentes séniles que nous avons examinées, dans la zone d'activité déjà restreinte que leur permet leur amnésie, ne se comportent pas comme des personnes normales, en ce sens qu'elles tirent un parti insuffisant des faibles données qui restent à leur disposition, et cela limite encore le champ de leur connaissance et de leur activité. Mais elles ne se comportent pas non plus comme des confuses, — celles tout au moins dont la démence n'est pas actuellement compliquée de confusion — en ce sens que, dans le cercle étroit où toutes ces limitations les confinent, elles se trouvent relativement mieux adaptées. Ici, en effet, au contraire de la confusion mentale, une certaine application des possibilités qui restent exploitables donne un certain résultat médical, mais assez régulier. En revanche, l'on ne voit pas ces améliorations momentanées, ces variations de l'efficacité mentale, que les variations de l'auto-conduction, suscitées par les variations de l'intérêt, produisent dans les états confusionnels.

On pourrait donc dire, d'une manière schématique, que la démence, conçue d'après le type de la démence sénile, est caractérisée essentiellement par une limitation des possibilités mentales, quel que soit, par ailleurs, l'état de l'auto-conduction, qui se trouve au contraire électivement défaillante dans les troubles fonctionnels dont la confusion est le type. Et comme la démence sénile confirmée paraît bien en rapport avec des lésions anatomiques irréversibles, l'on peut

considérer cette limitation des possibilités comme conditionnée, d'une façon plus ou moins directe, par l'état anatomo-physiologique.

Cependant, à bien considérer la question, les choses ne sont pas aussi simples; car l'auto conduction elle-même est ici défaillante bien plus qu'il n'apparaît. La malade est capable d'en faire un usage courant et habituel, qui lui permet dans bien des cas de maintenir une assez bonne apparence de la tenue et de la conversation. Mais, dès que l'application devient plus difficile, elle s'arrête d'elle-même. Ceci est caractéristique chez les démentes séniles que nous avons étudiées: on n'obtient jamais un effort sérieux devant une difficulté. On dirait que, par une réaction instinctive aux multiples limitations qui gênent son activité, la démence sénile en restreigne l'usage à une facile et immédiate application. Dès que surgit un obstacle important ou imprévu l'adaptation n'est même plus recherchée. Ce signe de l'absence d'effort, souvent peu marqué dans les débuts généralement amnésiques de l'affection, est un des signes les plus constants de la démence confirmée, le caractère essentiel de son aspect clinique. Il paraît cependant secondaire à la limitation des possibilités, que l'on peut considérer comme le fait primitif. Enfin l'on doit noter la marche progressive de l'insuffisance constatée.

La paralysie générale progressive nous présente un état mental généralement regardé comme le type le plus accompli de la démence. Cela tient à ce que, dès le début et d'une manière presque constante, elle entraîne un abaissement très marqué de la valeur de jugement. Mais la « démence paralytique » est en réalité un état très complexe où se mêlent la réaction dementielle, les déficiences partielles et les troubles confusionnels. Ces troubles confusionnels, MM. Joffroy et Mignot en ont montré l'importance au cours de la paralysie générale. Par leurs variations, on pourrait expliquer, au moins en partie, ces rémissions imprévues, au cours desquelles se produit parfois une restauration de l'état mental que l'on n'aurait pas supposée possible. Les troubles confusionnels mis de côté, il reste des déficiences particulières, souvent extrêmement nombreuses,

portant sur l'utilisation des acquisitions anciennes : difficultés ou impossibilités d'évocations volontaires, pertes ou perversions d'habitudes utiles, symptômes aphasiques, apraxiques, agnosiques de tout ordre, en rapport avec telles ou telles lésions nerveuses.

La possibilité que nous avons de distinguer de telles déficiences particulières du fonds démentiel sur lequel elles apparaissent nous montre que, si elles peuvent le conditionner, pour une part, elles ne suffisent pas à le constituer. Comme dans la démence sénile, le fonds démentiel est plutôt déterminé par la gêne pratiquement irréversible, par la limitation générale et habituelle de toutes les possibilités psycho-physiologiques, gêne, limitation qui donnent à l'observateur le sentiment d'une profonde misère mentale.

Cependant, il faut aussi tenir compte, dans cette affection comme dans la précédente, d'une réaction très caractéristique de l'auto-conduction. Nous avons rappelé que le jugement est particulièrement touché dans la paralysie générale ; la défaillance de l'autocritique en paraît un signe essentiel ; cette insuffisance du jugement, que l'on rencontre à toutes les périodes de la maladie, semble indépendante de tout état confusionnel. Et cependant dans certaines rémissions très accusées, ce symptôme disparaît comme les autres, ou tout au moins s'atténue d'une manière notable. C'est qu'il est souvent en rapport avec l'absence d'effort intellectuel. Plus encore peut-être que le dément sénile, le paralytique général se contente de la première réponse venue, de la première impulsion qui se présente à lui. Souvent approbatif et euphorique, presque toujours disposé à suivre les suggestions les plus simples, le malade n'applique pas sérieusement son esprit à résoudre les difficultés. Il les écarte d'un mot et passe outre sans scrupules. Même dans les formes hypocondriaque ou coléreuse, le dément paralytique n'essaie jamais véritablement de surmonter les obstacles. Une décharge émotionnelle tient la place de l'effort volontaire et réfléchi.

Il est vrai que dans les rémissions, en étudiant de près le malade, on retrouve presque toujours quelque trace de l'insuffisance du jugement. L'application à la

vie reste insuffisante, et un certain état d'inertie et d'apathie garde la signature de l'affection interrompue.

La physiologie et l'anatomie pathologiques de la méningo-encéphalite, telles que nous les connaissons, les poussées inflammatoires, la diffusion et les points de localisations multiples, avec des lésions cicatricielles, les réactions toxiques expliquent pour une bonne part la complexité du syndrome mental.

La psychologie du débile mental, de l'imbécile et de l'idiot est caractérisée par une efficience restreinte à faibles variations. Dans l'infirmité mentale caractérisée, la faiblesse de l'auto-conduction, bien que constante, paraît à elle seule incapable d'expliquer la faiblesse des diverses fonctions. Cependant, si l'on considère, non plus l'état actuel de l'infirmité mentale, mais la façon dont cette infirmité s'est établie, on voit que dans certains cas le rôle des troubles de l'auto-conduction a pu être important. Chez certains, par suite de l'apparition de lésions au cours de la première enfance, ou par insuffisance de développement de certains appareils nerveux (psycho-moteurs sensoriels), les acquisitions indispensables à l'exercice de la pensée et le développement des possibilités psycho-physiologiques ont été entravées. La réaction démentielle, provoquée par ces limitations, accentue encore l'état d'arriération.

Chez d'autres, cependant, un état fonctionnel, mais chronique, qui entrave les progrès de l'instruction et de l'éducation, aboutit pratiquement à des résultats à peu près identiques, avec cette différence pourtant que, si l'état de l'auto-conduction se modifie, une amélioration reste possible. Il y aurait donc des arriérés par « démence très précoce » et d'autres par « confusion chronique ».

Ce bref exposé montre, nous semble-t-il, que, loin de ramener toute la psychiatrie à la confusion mentale, la conception fonctionnelle des psychoses permet l'analyse comme la synthèse des divers troubles mentaux par l'application des principes que nous fournit l'étude de cette première maladie. Elle permet encore de conserver ce qu'il y a de juste et d'intéressant dans les théories de Magnan et de Kraepelin, sans adopter pour

cela certaines conclusions à tendances fatalistes. La notion de dégénérescence mentale garde un haut intérêt en cela surtout qu'elle exprime un terrain, une prédisposition. Mais sur un terrain plus ou moins taré, l'affection se développe non pas fatalement, mais à la faveur de conditions diverses, exo- et endo-intoxications, infections, surmenage, émotions. De même une maladie mentale chronique peut aboutir à un état démentiel, analogue à ce qu'est pour le corps la cachexie; mais, dans la plupart des affections mentales, cette évolution n'est pas d'emblée déterminée. Là où elle paraît l'être, comme dans la paralysie générale, l'existence de rémissions extraordinaires nous montre que l'incubabilité actuelle est seulement liée à des processus pathologiques que nous ne savons pas encore enrayer.

Pour conclure, nous croyons devoir préciser ce qui est le but poursuivi dans nos recherches et ce que notre conception apporte de nouveau et d'utile.

Il ne faudrait pas d'abord dédaigner de cette étude que nous opposons aux constructions nosographiques notre théorie pathogénique et sémiologique. Ces deux groupes de recherches se complètent et s'entr'aident. La constitution d'espèces morbides risque de séparer trop extérieurement des phénomènes essentiellement voisins. D'autre part, une étude générale ne serre pas d'assez près les cas particuliers qu'il faut reconnaître et classer. Il est donc nécessaire que ces recherches différentes se poursuivent simultanément, de manière que chacune bénéficie des résultats acquis par l'autre.

A vrai dire, nous sommes plus portés à attacher de l'importance aux études de psycho-pathologie générale et à rechercher ce qu'il y a de commun, par le mécanisme profond, entre les diverses maladies ou même entre les maladies et l'état normal, plutôt que ce qui peut séparer les maladies. Nous croyons même que le moment est opportun de poursuivre cette recherche et de la rendre plus féconde. Nous apprécions tout l'intérêt des travaux dirigés dans un sens différent; et nous reconnaissons qu'il n'y a peut-être dans notre orientation qu'une question de préférence.

C'est donc ainsi qu'il faut comprendre le syndrome confusionnel, que nous mettons au centre de la psychia-

trie, parce qu'on le retrouve, plus ou moins typique, dans tous les états morbides.

Ce que nous avons voulu mettre en lumière, c'est qu'un élément, surtout fonctionnel et réversible, contribue plus ou moins à la constitution de toutes les psychopathies et trompe souvent le médecin qui cherche à établir le niveau intellectuel du sujet.

Il arrive fréquemment qu'au premier abord le résultat du fonctionnement psychique est mauvais; l'efficiencé est très faible et l'on est tenté de conclure à la démence. Si l'on sait que l'on doit s'efforcer, avant de porter un pronostic, de faire varier cette efficacité par des sollicitations diverses, afin d'établir le bilan des possibilités, on constatera souvent que le fonds mental est moins déficitaire qu'il n'avait semblé tout d'abord, et l'on sera moins surpris par des améliorations considérées *a priori* comme improbables.

Inversement, l'état confusionnel le plus net peut masquer un fonds démentiel. Non seulement le malade a perdu ses facultés d'application psychique, mais il est devenu incapable de tout effort, même temporaire, et ne dispose plus que de très faibles possibilités.

Nous avons surtout voulu établir que ce qui importe le plus, ce n'est pas l'*efficacité* — pour employer cette expression américaine, qui dit bien le résultat total d'une activité mentale — mais les *possibilités*, c'est-à-dire les moyens de relever cette efficacité dans certaines conditions. Celles-ci sont, sans nul doute, liées aux conditions physiologiques des éléments nerveux, dont les variations d'activité diffèrent infiniment selon leur pouvoir de restauration, depuis le simple trouble toxique de l'ivresse délirante jusqu'aux lésions destructives de la paralysie générale.

C'est donc, au point de vue pratique, la constatation de la limitation des possibilités qui doit entraîner le diagnostic de démence.

Ainsi la différence qualitative entre la confusion et la démence, qui jadis nous paraissait très tranchée, tend à se présenter plutôt comme une différence quantitative, de degré.

Notre système, qui apporte une conception, apporte aussi une méthode habituelle d'examen. Cette méthode

consiste à faire varier l'efficiencie pour évaluer les possibilités et établir le diagnostic séméiologique précis entre la confusion et la démence, question qui se pose chaque jour à l'aliéniste.

Enfin, cette interprétation place la clinique sur un terrain moins fataliste. Il semble que la préoccupation logique résultant de la recherche, dans tous les syndromes mentaux sans exception, de ce qu'il y a de réversible, conduise le médecin à une application plus attentive, mieux étudiée, des moyens thérapeutiques, et restreigne le nombre des cas considérés *a priori* comme totalement incurables ou dont l'évolution doit être abandonnée à elle-même.

DISCUSSION.

M. PIÉRON. — Je ne veux pas entamer une discussion, qui prendra certainement un grand développement dans les séances prochaines. Je voudrais simplement aujourd'hui souligner l'importance de la distinction qu'il y a lieu de faire, avec les auteurs, du fonctionnement associatif et du moteur susceptible de mettre en jeu ce fonctionnement, ce moteur constitué par des tendances auxquelles doit se ramener l'auto-conduction, dont il ne faudrait pas faire une entité nouvelle. Je compte revenir sur les conséquences de cette distinction féconde au cours de la discussion ultérieure.

M. MIGNARD. — A mon avis, l'auto-conduction ne doit pas être confondue avec l'unité psychique dont elle n'est qu'une application aux circonstances particulières. Mais elle ne saurait être confondue non plus avec la diversité des tendances, dont le jeu d'ailleurs est utile pour provoquer son activité. Eveillée par les tendances, elle applique les possibilités à une action particulière, sans perdre ce caractère d'unité que les influences extérieures peuvent parfois troubler, mais non réellement détruire.

M. PIÉRON. — Je ne puis admettre la conception de M. Mignard, qui fait de l'auto-conduction un être de raison, dirigeant les tendances; c'est faire appel à un principe métaphysique d'application aussi dangereuse que les facultés d'antan. L'auto-conduction n'est pas, il est vrai, telle ou telle tendance prise à part, mais c'est

la synthèse du système des tendances individuelles dans leur ensemble.

M. TOULOUSE. — L'intérêt du débat soulevé par MM. Piéron et Mignard n'est pas niable; mais nous souhaiterions surtout que la discussion de notre communication s'engageât sur le terrain médical. Peut-être conviendrait-il, le programme d'aujourd'hui étant chargé, de remettre cette discussion à une séance ultérieure, et, au besoin, quand notre travail aura été publié.

Il en est ainsi décidé.

M. H. COLIN, secrétaire général, est désigné par la Société pour se mettre en rapport avec le Comité d'organisation de la C. N. T. J.

Troubles délirants chez le frère et la sœur.

Par MM. LEROY et ROGUES DE FURSAC.

Nous vous présentons les observations d'une sœur et d'un frère traités l'un et l'autre à l'asile de Ville-Evrard pour des affections mentales bien différentes. Tous les deux sont respectivement les troisième et quatrième d'une famille de six enfants vivants.

Lourde hérédité morbide :

Grand-père maternel mort aliéné paralytique général.

Grand'mère maternelle morte de paraplegie, jeune.

Mère et tante maternelle normales.

Oncle maternel mort à deux ans d'hémiplégie droite.

Grand-père paternel de belle intelligence.

Grand'mère paternelle morte, très âgée, d'hémorragie cérébrale.

Père arthritique ayant eu deux ou trois accès de dépression mélancolique avec agoraphobie, n'ayant pas nécessité l'internement.

Oncle paternel mort de delirium tremens.

Tous les enfants sont intelligents, tous (sauf le malade) ont fait de bonnes études et ont su se créer des situations par leur travail. Le second est un grand artiste; la sixième et dernière est également une artiste. L'aîné, professeur distingué, présente une coxalgie.

Notons que cette famille est bien au-dessus de la moyenne comme niveau mental et que, si deux de ses membres sont venus dans les asiles, les autres sont des sujets remarquables et l'un même particulièrement brillant.

OBSERVATION DE MARIE X...

Marie X..., née à terme en 1890, pas de convulsions. Aucune maladie grave dans l'enfance ni l'adolescence, bonne santé habituelle, bonne instruction.

Cette jeune fille est opérée au commencement de novembre 1910 pour une appendicite. Trois mois après, *au commencement de février 1911*, elle se montre triste au point d'inquiéter ses parents, présente des idées mystiques, veut se faire religieuse, d'autant plus qu'elle prétend ne pouvoir se marier parce qu'elle est poitrinaire.

Le 11 février, elle est prise de frayeur pendant la nuit au point d'aller rejoindre ses parents dans leur chambre. Le lendemain, elle divague et, à la grande stupéfaction de la famille, embrasse à table un jeune homme, ami de son frère, qu'elle ne connaissait pas. Elle se couche tout habillée et gâte au lit.

Les jours suivants (apparition des menstrues), crise hystérique violente, agitation, injurie ses parents, prend sa mère en horreur, cherchant à l'étrangler. Elle prononce des mots orduriers, les premiers de sa vie, ne manifeste aucune pudeur, prétend que ses parents ont tué des enfants et s'étonne de ne pas voir du sang dans la chambre. Marie sait cependant être chez elle et reconnaît son père.

La malade entre à Ville-Evrard le 8 mars 1911, très troublée, très confuse, ne pouvant donner aucun renseignement sur son état antérieur. Elle dit avoir douze ans, être en janvier 1910, ne sait où elle a été amenée. Nous la trouvons fatiguée, anéantie. Lenteur très grande de l'idéation, paraît faire un grand effort pour répondre aux questions; troubles de l'attention; amnésie de fixation énorme. Hallucinations auditives (voix de sa mère) et hallucinations visuelles le soir (bêtes).

Pendant une semaine, Marie reste dans le même état, confuse, excitée, cassant tout, gâteuse.

Pendant la première quinzaine d'avril, la malade se calme, gâte plus rarement. Elle a un aspect atone, indifférent, fatigué, une figure inerte, sans expression, restant des heures entières assise ou immobile, debout dans une attitude figée. Elle répond difficilement aux questions et ignore le nom de l'hôpital où elle est soignée. Tenue négligée, cheveux en désordre. Illusions de fausse reconnaissance, prend une autre malade pour sa mère. *Céphalée constante*. Hallucinations auditives

quotidiennes, entend la voix de sa mère qui lui cause, l'injure, la traite de dreyfusarde. La malade manifeste contre sa mère des sentiments non seulement d'hostilité, mais de haine. Par contre, elle reçoit bien la visite de son frère.

Pendant la *seconde quinzaine d'avril et le mois de mai*, Marie se montre tantôt excitée, incohérente, gâteuse avec de l'écholalie et des rires, tantôt déprimée, inquiète, et même égarée, comme hébétée. L'état confusionnel s'améliore un peu, mais le délire hallucinatoire et la haine contre sa mère persistent. La céphalée continue.

En *juin 1911*, Marie se montre encore engourdie, ne s'occupe à rien, regarde toujours en l'air ou devant elle. Les hallucinations auditives persistent : sa mère lui dit des saletés, lui prédit qu'elle mourra poitrinaire. Etant allée un jour à une représentation de cinématographe, elle fait après la séance des réflexions fort judicieuses sur les différents films.

Juillet, août, septembre. — Amélioration de la confusion mentale, sauf hébétude par moments. Tenue toujours négligée, marche en se dandinant comme un ours. Persistance du délire avec hallucinations auditives ; mêmes sentiments de haine contre sa mère, alors qu'elle adore son père et conserve pour ses frères et sœurs de vifs sentiments d'affection. Veut un jour étrangler une malade qu'elle prend pour sa mère.

Octobre. — La confusion disparaît peu à peu. Se montre éveillée, active, devient coquette. Mémoire de fixation meilleure ; diminution des troubles de l'attention. Marie engraisse beaucoup, a bonne mine, mais reste aussi délirante. Elle s'ennuie énormément, se plaint amèrement de son internement et a de telles crises de désespoir qu'on la confie à son père en permission.

Pendant la permission — *26 octobre au 16 novembre 1911* — la malade se montre d'abord enchantée d'avoir quitté l'asile, mais elle ne veut pas rester à la maison pour ne pas se trouver en présence de sa mère. Elle erre dans les rues, en traînant son père par le bras : « elle avait, dit celui-ci, une démarche spéciale, un roulement de hanches, un mouvement ininterrompu de jambes, d'épaules, de tête avec contorsions de la bouche et regards méprisants ; station indéfinie et très fréquente dans les cabinets, sous prétexte d'uriner ». Elle demande à son père de partir avec elle n'importe où, sans argent, en abandonnant sa position.

Marie revient à Ville-Evrard. En *décembre*, elle reste toujours aussi persécutée, très hallucinée, se promène seule dans le fond du jardin en gesticulant, proférant des menaces contre sa mère, crachant par terre d'un air de dégoût. Elle se bouche les oreilles. La visite de son père la calme cependant. La cé-

phalée persiste encore, mais la lucidité, l'orientation, la mémoire de la malade sont actuellement parfaites.

En *janvier, mars et avril* 1912, la malade continue à dire des horreurs de sa mère. Souvent excitée, elle saute, danse, rit, taquine les autres malades. Maniérisme : marche en traînant les pieds et en se balançant, fait sur les murs des dessins bizarres (cœurs avec des croix). Le délire hallucinatoire se montre aussi actif, mais la lucidité est complète; la confusion a disparu depuis longtemps; Marie présente même une grande curiosité, elle fait attention à tout. Elle s'occupe un peu à la couture, mais se dit vite fatiguée. La céphalée n'existe plus.

En *mai*, nous constatons une amélioration progressive, certaine et durable. Marie se montre propre, ordonnée, bien tenue, coquette, même; elle s'occupe activement, n'a plus de maniérisme. Elle en veut toujours à sa mère, mais cache ses sentiments, ne semble plus hallucinée.

En *juin*, la malade va très bien, aimable, raisonnable, travailleuse. Elle se rend compte qu'elle a été malade, très malade. Aucun trouble intellectuel; ne manifeste plus d'animosité contre sa mère qu'elle est heureuse de voir.

Sort guérie le 11 *juillet* 1912.

La malade n'a jamais rien présenté de particulier au point de vue neurologique et physique. Menstruation régulière.

Depuis près de dix ans, cette jeune fille va absolument bien mentalement. Elle a passé successivement son brevet supérieur, son certificat d'études pédagogiques et gagne sa vie comme institutrice d'une grande ville.

C'est une jeune fille douce, aimable, intelligente, travailleuse, très affectueuse, entourant les siens de prévenances, surtout sa mère qu'elle adorait avant sa maladie. Elle se montre même particulièrement charmante avec celle-ci, comme pour se faire pardonner ses anciennes idées délirantes. Elle est restée en relations constantes avec son médecin, auquel elle a voué une affection et un dévouement touchants.

En 1914, soignée pour troubles dyspeptiques.

En 1919, elle a été prise de douleurs articulaires du genou droit et envoyée à Berck pour tumeur blanche; mais le diagnostic n'est rien moins que certain. Les médecins ne savent guère ce qu'elle a et ont fait chez elle la réaction de Wassermann qui a été négative.

OBSERVATION DE JULES X...

Jules X..., âgé de vingt-sept ans, frère de la malade précédente, n'a présenté aucune maladie grave pendant son enfance, mais ses maîtres notent chez lui dès l'âge de treize ou quatorze

ans, un affaiblissement certain de l'intelligence. On lui fait cependant continuer ses études, qu'il avait interrompues, mais il échoue au baccalauréat. Il entre alors comme apprenti tourneur dans une usine, puis s'adonne au dessin et réussit assez bien dans ce nouveau métier.

A vingt ans, en 1913, Jules part pour le service militaire et est affecté à la marine. La guerre survient et son bâtiment est envoyé à Salonique. Le jeune marin a, à cette époque, une histoire de rébellion pour avoir levé la main sur un officier; l'affaire est étouffée.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Les troubles psychiques ont vraiment commencé au *printemps* de 1916, moment où se montrent quelques idées de persécution, quelques interprétations morbides. Jules était revenu à Brest; il se figure que sa mère commande *Le Gaulois* parce que celle-ci avait écrit sur l'enveloppe d'une lettre « faire attendre *Le Gaulois* ». En octobre 1916, le malade se rend à Paris sans permission et déclare qu'il va désertir, parce qu'il se passe des choses horribles sur son cuirassé. Il est conduit à la Place, puis envoyé au service des aliénés militaires de Maison-Blanche; réforme temporaire.

Jules paraît s'améliorer un peu, est fiancé à une cousine et se montre instable. Il reprend du service à Cherbourg en 1917, fait une fugue et est finalement réformé n° 2 en août 1918. Il revient dans sa famille à Paris et se montre de plus en plus instable, s'enfuit à maintes reprises, allant à Besançon, Toulon, etc., voyageant le plus souvent à pied. Les idées de persécution et les interprétations redoublent; il écrit à Caillaux, devient violent. On est obligé de l'interner à nouveau.

Le malade entre à Ville-Evrard en juin 1919 et voici son certificat immédiat : *Idees de persécution avec interprétations délirantes; affaiblissement psychique conscient consistant surtout en faiblesse de l'attention et fatigue intellectuelle rapide; fugues, inégalité pupillaire.* Jules raconte qu'il est en butte à toutes sortes de vexations; il serait surveillé par l'Action française. On agit sur ses pensées au point de vue religieux par le moyen de la télépathie. Il présente en même temps des réactions violentes et agressives à l'égard des autres malades, des infirmiers et des médecins. Il a une certaine conscience de sa diminution de capacité de travail et l'attribue à des influences malveillantes. Cet état mental est resté permanent.

DÉLIRE. — Les idées délirantes ne sont plus seulement des idées de persécution, mais aussi des idées de grandeur. Le délire est surtout caractérisé par son polymorphisme et sa variabilité. Il est rare qu'une idée délirante persiste identiquement pendant plusieurs mois. Souvent, par exemple, le délire a changé de forme d'un jour à l'autre. Il en résulte qu'il n'y a aucune

systematisation nette, ni aucune cristallisation. Un jour, le malade déclare que le sous-marin *Nautilus* est dans le canal de la Marne, ayant à bord Sully-Prudhomme et Edmond Rostand qui ne sont pas morts. Il est en relations avec ces personnages. Un autre jour, il déclare avoir une grande mission religieuse à remplir. Une autre fois encore, il est la cause de catastrophes et de malheurs immenses. Il vient d'apprendre des accidents épouvantables; ses parents sont grièvement blessés; il précise les lieux de la catastrophe et l'aspect des blessures. Un autre jour, Jules déclare être le vainqueur de la bataille de la Marne et être fiancé à une jeune fille descendante du Christ.

INTERPRÉTATION. — Ces idées délirantes sont à base d'interprétation et d'imagination. Les hallucinations ne peuvent être affirmées. Jules est surveillé par de faux malades qui sont des agents placés à cette intention. Il connaît tout ce qui se passe à l'extérieur; il est en relations avec de grands personnages par des courants de sympathie, par de la télépathie.

RÉACTIONS. — Les réactions sont violentes, impulsives, imprévues. Tandis qu'il reste calme pendant deux ou trois jours, subitement il devient agressif, se lève de son lit, va frapper un malade, crache à la figure, casse des carreaux, profère des menaces et accuse tout le monde de comploter contre lui. Il présente, de plus, des idées de suicide qu'il cherche à mettre à exécution. Cinq fois, il a fait des tentatives stéréotypées de suicide. Il cherche à chaque instant à s'enfuir et s'est même évadé.

FOND MENTAL. — L'affaiblissement intellectuel a peu progressé depuis l'entrée. Il se traduit surtout encore par la faiblesse de l'attention et sa mobilité, la fatigue rapide et l'instabilité dans le travail intellectuel. Les connaissances antérieures scientifiques et littéraires sont bien conservées. Le malade dessine avec goût et aime la lecture, s'intéresse aux événements contemporains, dont il est parfaitement au courant. L'affectivité à l'égard de sa famille est un peu diminuée, mais encore à peu près normale. L'humeur reste adéquate aux idées délirantes exprimées. Il n'y a pas d'incuriosité; le malade désire sortir pour travailler.

L'examen physique n'indique aucun symptôme pathologique : réflexes normaux, légère inégalité pupillaire.

Telles sont les observations de ces deux malades, sœur et frère, dont les cas ont une évolution si différente.

Dans le premier cas — la sœur — début brusque à vingt ans des troubles mentaux, auxquels une opération chirurgicale préalable n'a peut-être pas été étran-

gère. Etat confusionnel grave se prolongeant pendant dix mois, auquel succède une période de délire systématisé secondaire hallucinatoire, qui se termine par la guérison intégrale et définitive. Malgré la durée et la gravité des troubles mentaux, nous avons toujours gardé l'espoir d'une guérison, aucun signe certain de chronicité ne s'étant manifesté. Le seul symptôme qui aurait pu paraître inquiétant était le maniérisme, mais on sait combien ce symptôme est fréquent dans les psychoses de la femme, même dans les états maniaques les plus curables.

Dans le second cas — le frère — début insidieux de l'affection mentale dès l'âge de quatorze ans, coïncidant avec la puberté et ayant fait du malade un sujet anormal, toujours aliéné, incapable de se créer une situation. Affaiblissement psychique à évolutions irrégulières comportant des rémissions toujours incomplètes et aboutissant à un délire imaginatif et interprétatif, incohérent, fantastique et absurde. Conservation de la lucidité et de la mémoire, mais indifférence affective, impulsions irraisonnées et inexplicables. Cet ensemble réalise la démence dissociée de la démence précoce.

Il ne s'agit pas de psychose familiale, mais de deux psychoses très différentes survenues sur un terrain lourdement prédisposé par l'hérédité. Le fait important à mettre en évidence est la coexistence, dans une même famille, d'aliénés et de sujets supérieurement doués au point de vue artistique.

*
* * *

M. MINKOWSKI lit en son nom et au nom de M^{me} Minkowska un travail intitulé : *Famille B et Famille F. Contribution à l'étude des maladies mentales* (1).

M. PACTET. — Cette très intéressante communication eût mérité, n'était l'heure tardive, de soulever un long débat. Nous remercions le Dr Minkowski et M^{me} Minkowska de nous avoir apporté le résultat de leurs

(1) Voir le mémoire inséré page 303.

patientes et curieuses recherches que les lecteurs des *Annales* voudront relire avec soin lorsque notre recueil les publiera.

La séance est levée à 6 heures.

Le secrétaire des séances,

P. JUQUELIER.

SÉANCE DU 26 AVRIL 1920

Présidence de M. PACTET, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance de mars.

Le secrétaire général communique les pièces de la correspondance.

La correspondance imprimée comprend deux exemplaires de la thèse de M. le Dr Mirc de Toulouse, sur *l'existence chez les déments précoces d'un onirisme particulier*, accompagnée d'une lettre de l'auteur qui pose sa candidature au prix Christian.

M. ROGUES DE FURSAC présente à la Société le *Traité de médecine légale infantile* de MM. H. Rollet et André Collin. Cet ouvrage, conçu d'une façon très pratique, offre un grand intérêt pour les aliénistes et plus particulièrement pour les experts. Les *Annales* en publieront une analyse détaillée.

Quelques mots sur la confusion mentale.

Par M. CHASLIN.

Dans la dernière séance MM. Toulouse, Juquelier et Mignard nous ont fait une très intéressante communication intitulée : « Confusion, démence et auto-conduction » qui est l'aboutissant de plusieurs travaux que vous connaissez. Ces messieurs disent que j'ai « discuté les conceptions nouvelles (apportées par ces travaux) en

leur opposant le point de vue de la confusion mentale, maladie déterminée, psychose d'épuisement, etc. », dans une conférence faite à Sainte-Anne reproduite en 1915 dans les *Annales médico-psychologiques* (1). Nos collègues pensent que l'attitude ainsi prise par moi doit reposer sur un malentendu. Ils s'étaient placés au point de vue pathogénique, étudiant le syndrome confusion « dans sa constitution même, dans son mécanisme » et dans ses rapports avec les autres syndromes : je me suis placé, au contraire, disent-ils, au point de vue nosographique. A ce dernier point de vue nous serions d'accord. Si bien qu'ils vont jusqu'à donner mon nom à cette psychose d'épuisement, à cette « maladie », dont ils admettent l'existence comme moi.

Tout en les remerciant de cette dernière marque de sympathie dont je suis très touché, ils me permettront de protester très amicalement, mais très catégoriquement. Je n'ai fait que reprendre sur la confusion des idées oubliées, et j'ai été assez heureux pour voir les aliénistes français approuver cette réhabilitation : c'est à cela que se borne mon rôle dans l'histoire de la confusion mentale à laquelle le nom de Delasauve seul doit rester attaché.

Ils me permettront aussi de ne pas accepter le mot de maladie pour désigner le type clinique en question, car je crois que la pathologie générale nous interdit d'admettre des maladies mentales, ainsi que je l'ai expliqué longuement dans mon dernier travail. Enfin je me suis bien placé avant tout au point de vue du syndrome ; je n'en veux pour preuve que le tableau placé à la quatrième page de mon article, tableau qui débute par cette phrase : « le syndrome confusion mentale apparaît dans... ».

Quant à ma critique des conceptions nouvelles, elle se réduisait à dire que l'on trouvait à la confusion mentale des parentés compromettantes. Je visais par cette expression le premier article sur le sujet de MM. Toulouse et Damaye, « la démence vésanique est-elle une dé-

(1) Ph. Chaslin. La confusion mentale. *Annales médico-psychologiques*, juillet-août et septembre-octobre 1915.

mience? » où ils se demandaient si la démence vésanique ne serait pas de la confusion. Ici encore le mot de confusion était bien employé par moi pour désigner le syndrome et non le type clinique spécial, puisqu'il s'agissait de comparer ce syndrome à un autre syndrome, la démence.

Je ne crois donc pas qu'il y ait malentendu entre nous ni différence de points de vue. D'abord MM. Toulouse, Juquelier et Mignard admettent comme moi un type clinique que j'avais appelé dans ma monographie (1) *confusion primitive idiopathique*, le mot primitif s'appliquant à l'origine *psychologique* du syndrome confusion. Je rappelle que j'ai abandonné cette mauvaise dénomination du type clinique, en en donnant la raison, dans ma conférence de Sainte-Anne, le mot confusion ne devant plus indiquer que le syndrome.

Ces messieurs admettent aussi l'existence de ce syndrome. Nous sommes donc d'accord sur ces deux points.

Mais je ne suis plus du tout d'accord avec eux sur la façon de comprendre la confusion elle-même et ses rapports avec les autres syndromes ni sur les conséquences théoriques qu'ils en tirent. Je me bornerai à quelques brèves remarques, car il y a trop de détails dans la communication de MM. Toulouse, Juquelier et Miguard, qui mériteraient une discussion approfondie et non une critique sommaire et au pied levé, comme celle-ci.

La première chose qui m'a frappé, en écoutant la communication de ces messieurs, a été l'assertion de la grande diffusion clinique du syndrome confusion. Je crois, au contraire, à la rareté de ce syndrome, même dans les cas où l'étiologie permet de s'attendre à le rencontrer. Il y est remplacé par d'autres, ainsi que je l'ai dit dans mon dernier article (2).

J'entends par confusion l'ensemble que j'ai indiqué avec autant de précision que j'ai pu, en particulier dans cet article. Il est difficile de le définir en quelques mots; pourtant la chose principale à comprendre est ceci : le malade *s'efforce* de se retrouver au milieu du monde extérieur et du monde intérieur, chaotiques tous deux à

(1) Ph. Chaslin. *La confusion mentale primitive*, Paris, 1895.

(2) *Loc. cit.*, à la troisième page de l'article.

cause des troubles de perception et de l'idéation. Ces troubles ont pour résultat la perte de la synthèse mentale à tous les degrés. C'est cette perte de la synthèse qui est dénommée par MM. Toulouze, Jaquelier et Mignard perte de l'auto-conduction. Mais j'insiste sur ce point que le malade cherche à reconstituer cette synthèse. On s'en aperçoit à sa mimique mélange de stupeur et d'égarement, à ses essais, à ses efforts pour remettre de l'ordre dans ses perceptions et ses idées. Voilà ce que Delasiauve entendait par confusion. Il ne faut pas la confondre avec l'incohérence des idées, ni avec le ralentissement du courant des idées, ni avec la désorientation dans le temps, le monde extérieur ou la personnalité même du malade, ni avec la difficulté de rappeler ses souvenirs, etc., tous symptômes qui font partie du syndrome confusion lui-même, mais peuvent se manifester indépendamment. Il ne faut pas la confondre avec l'inertie intellectuelle, avec la mimique de l'étonnement, avec le masque de la stupeur, de la débilité mentale ou de la paralysie générale. Je crois que si on définit ainsi le syndrome on le rencontrera rarement. Rarement, il faut que j'explique ce mot davantage. Par un hasard malheureux dû à la guerre et à la grippe, j'ai depuis un certain temps l'occasion de voir d'assez nombreuses malades atteintes de troubles mentaux dont l'étiologie est bien celle où l'on rencontre le syndrome qui nous occupe, dénutrition, épuisement, troubles des organes de la digestion, du foie, des reins, infections surajoutées, etc. Or il se rencontre ceci : j'ai vu quelques cas où la confusion a existé sans contestation pendant toute la durée du trouble ; j'ai vu d'autres cas où la confusion n'a duré que quelques jours et a été suivie d'un état complexe qui ne ressemblait pas du tout à la confusion ; d'autres cas où un délire de rêve prédominait avec quelques courts moments confusionnels, d'autres qui avaient l'allure de mélancolie anxieuse ou déprimée pure ou avec idées délirantes sans trace de confusion ; d'autres enfin qui avaient toute l'apparence de démences, toujours sans confusion, et qui ont guéri complètement. Par opposition à ces derniers j'ai en ce moment dans mon service une femme qu'actuellement je considère comme très probablement incurable, et qui

après quelques jours d'une confusion peu intense a présenté des symptômes sur lesquels je compte revenir dans un travail ultérieur. Ainsi ces troubles mentaux, que j'appellerai organiques, délires organiques si vous voulez bien, parce qu'ils comportent une étiologie connue et un état somatique manifestement altéré, loin de présenter toujours la confusion telle que l'avait décrite Delasiauve et moi-même après lui, ces délires organiques, dis-je, ne l'ont présentée que peu. Ceci est tout à fait en contradiction avec ce que pensait Régis pour qui confusion mentale était synonyme de délire toxique ou infectieux et réciproquement.

D'autre part, j'ai eu aussi l'occasion de voir des malades que l'on pourrait peut-être, faute de mieux, étiqueter hébéphréniques, et qui, à première vue, paraîtraient confus. Je m'explique, en les voyant, l'opinion de Régis pour qui la « démence précoce » était de la confusion chronique. En les examinant de près, on pouvait s'apercevoir que ce n'était qu'une apparence de confusion. Une de mes malades a eu longtemps un air étonné quand on lui parlait; elle répétait les questions qu'on lui posait en changeant d'ailleurs correctement la phrase au point de vue grammatical et répondait à peine ou très lentement. Mais cet air était étonné et non égaré et persistait sans changement un certain temps. Elle ne s'intéressait à rien, ne paraissait faire aucun effort pour comprendre. D'ailleurs, en ce moment, tout en étant très ralentie, elle répond souvent avec un accent anglais très bien imité, ce qui n'est guère dans les moyens du confus, mais ce qui est une possibilité assez inattendue. J'ajoute que de temps en temps elle était prise d'agitation avec tendances très érotiques.

Pour le dire en passant, MM. Toulouse, Juquelier et Mignard citent le travail de M. René Charpentier sur le délire de rêve. Je suis heureux que notre collègue, M. René Charpentier, ait appuyé par son article si complet l'opinion que j'ai soutenue moi-même avec mon ami Georges Baudonin il y a déjà longtemps (1), à savoir que le délire de rêve est un syndrome, voisin

(1) G. Baudonin et Ph. Chaslin. Un cas de délire infectieux grippal. *L'Encéphale*, n° 6, juin 1909.

sans doute de la confusion, mais qui peut apparaître dans une complète indépendance.

Mais le point important de la thèse de nos collègues est la relation entre la démence et la confusion. Cette relation, si je ne m'abuse, est établie par l'intermédiaire d'une théorie psychologique générale sur l'auto-conduction et ses troubles. Si on me permet de faire un aveu dénué d'artifice, je suis trop sceptique sur l'utilité de ces théories générales, pour entrer dans une discussion sur celle qu'on nous présente après plusieurs autres. Je me bornerai à examiner ce qui pour MM. Toulouse, Jaquelier et Mignard en est une conséquence clinique. « Nous avons surtout voulu établir, nous disent-ils, que ce qui importe le plus, ce n'est pas l'efficiencia — pour employer cette expression américaine qui dit bien le résultat total d'une activité mentale — mais les possibilités, c'est-à-dire les moyens de relever cette efficiencia dans certaines conditions. C'est donc, au point de vue pratique, la constatation de l'affaiblissement des possibilités qui doit entraîner le diagnostic de démence ». Ainsi la différence qualitative entre la confusion et la démence doit être considérée comme beaucoup moins tranchée qu'autrefois.

Si je comprends bien le sens de ces passages, cela signifie que des manifestations d'activité psychique qui paraissaient définitivement abolies peuvent, tout comme dans la confusion, reparaitre dans les états démentiels sous l'influence de provocations appropriées. Telle démente sénile, par exemple, qui ne paraît pas capable de répondre correctement, à certains moments, à certaines questions, y répond parfaitement à d'autres. Nous avons tous vu de ces cas, et j'en ai cité, pour ma part, un dans mon livre de sémiologie, dans lequel, sous l'influence de ma visite, la malade était capable de tenir avec moi une conversation bien plus raisonnable qu'avec sa famille pour qui elle réservait ses extravagances. Nous savons d'autre part qu'il n'y a rien de plus variable que les « possibilités » des malades, *même déments*, suivant les moments et suivant les personnes qui leur parlent. Je ne crois pas qu'on puisse rien en conclure en ce qui touche le pronostic d'incurabilité ou de diagnostic de lésion cérébrale définitive. On

connaît les rémissions de la paralysie générale. Ne sait-on pas aussi que les aphasiques moteurs peuvent dans certains cas, comme le montrait souvent Dejerine, prononcer les paroles de la *Marseillaise*, par exemple, lorsqu'ils la chantent et sont incapables de le faire sans le chant? En réalité, nous ne faisons pas un diagnostic, mais bien un pronostic en prononçant le mot de démence. Nous savons, pour l'avoir appris dans les livres ou d'après notre expérience personnelle, que lorsque certains signes apparaissent dans un trouble mental, celui-ci ne guérit habituellement pas. C'est de l'empirisme pur, et combien aléatoire. Ce n'est qu'une probabilité. Ces signes sont multiples, depuis les stéréotypies jusqu'à l'indifférence, depuis la « cristallisation du délire » jusqu'au travail manuel machinal, depuis la perte des souvenirs jusqu'à la négligence de la tenue, etc., sans parler de l'engraissement rapide parfois, ni des autres signes physiques ni des renseignements tirés de l'évolution de l'affection. Ces signes sont différents souvent suivant la forme du trouble mental. C'est sur tout leur ensemble, et qui n'est même pas pathognomonique, pas plus que chaque signe, c'est sur tout l'ensemble, variable, si variable même qu'il vaudrait mieux parler de syndromes démences au pluriel, que l'on cherche à asseoir son pronostic d'incurabilité. La constatation des « possibilités psychiques » du malade ne joue que son rôle dans cet ensemble et ne mérite pas, je crois, la place prédominante que lui assignent nos collègues. Ce qui le prouve encore, ce sont ces cas où la démence installée permet plus de « possibilités » que le trouble lui-même, mais possibilités plus restreintes, bien entendu, qu'à l'état normal.

Je ne crois donc pas que les considérations apportées par ces messieurs, pour si intéressantes qu'elles soient théoriquement, puissent nous donner cliniquement plus de certitude ou plutôt moins d'incertitude que notre ordinaire empirisme, pour nos pronostics d'incurabilité et de démence. C'est bien dommage! nous nous trompons si souvent! Pardon... je voulais dire: je me trompe si souvent!

DISCUSSION

M. TOULOUSE. — Nous remercions beaucoup M. Chaslin d'avoir bien voulu prendre part à cette discussion. Je suis heureux de constater notre accord, car nous pensions que M. Chaslin admettait l'existence d'un type essentiel, primaire, d'une espèce nosographique déterminée. Mais M. Chaslin déclare s'en tenir maintenant à un syndrome confusionnel. Et il le caractérise par la diminution de l'effort que fait l'individu pour se retrouver. C'est là un caractère important ; mais nous ne pensons pas qu'il puisse servir à une limitation du syndrome. Car, d'une part, il se retrouve plus ou moins dans tous les états psychopathiques, chez certains maniaques et surtout dans la mélancolie. Il existe même chez le paralytique général, tout au moins au début ; car l'absence d'effort survient lorsque le malade se sent impuissant à exercer ses fonctions psychiques gravement entravées et « lâche pied ». C'est alors un des éléments de l'état démentiel confirmé. D'autre part, il peut ne pas être apparent chez les confus lorsque l'état de confusion est profond. En réalité, l'effort traduit la réaction générale du psychisme à certaines excitations, externes ou internes. A ce point de vue il est lié à l'affectivité ; et c'est pourquoi, dans la démence précoce, l'effort manque souvent, — signe de désintérêt.

Notre conception est bien, par un côté, une tentative d'expliquer le mécanisme de l'activité mentale ; et par là c'est un essai de psychologie générale. Mais nous la présentons ici comme une explication clinique de faits cliniques. Jadis on posait facilement le diagnostic de démence, même dans les cas où il ne s'agissait que d'états confusionnels, qui en prenaient le masque et qui souvent guérissaient. On tendait à faire d'une effcience mauvaise — résultat brut de l'examen clinique — le signe d'un état démentiel, qui est surtout caractérisé par une diminution constante des possibilités, tandis que dans l'état confusionnel ces possibilités sont plus ou moins conservées et susceptibles de réapparaître. Notre conception a voulu mettre en garde contre ces

habitudes ; et sur ce point elle semble avoir attiré l'attention des cliniciens.

Nous proposons aussi une méthode, dont un des procédés essentiels consiste à faire varier les excitations et par là l'efficiencie psychique de l'individu. Les réactions psychiques à ces expériences n'ont toute valeur pour déceler les possibilités que lorsque le sujet paraît faire effort.

C'est là un des points essentiels de notre conception et de notre méthode.

M. CHASLIN. — Il serait nécessaire de s'entendre sur la délimitation de la confusion. Le mot a été inventé par Delasiauve et sa définition donnée par lui. M. Toulouse n'a pas prévenu de l'extension donnée par lui à ce terme et cela crée une sorte de confusion... dans la confusion.

Je ne crois pas que l'on puisse dire qu'il y a abolition des « possibilités » dans la démence et conservation des « possibilités » dans la confusion. Dans la démence sénile avérée rien n'est plus fréquent que la variabilité des possibilités suivant les moments. J'ai vu récemment une femme, rapatriée après des privations de toute sorte, confuse, fébrile (38°), albuminurique, se clarifier relativement quelques jours après son entrée dans mon service, et présenter alors un état mental caractérisé surtout par de la perte des souvenirs, des idées de persécution vagues. Elle ne faisait aucun effort pour retrouver quoi que ce soit. Cet état, en apparence démentiel, a guéri au bout de huit mois ; les souvenirs se sont reconstitués.

Une autre femme, qui présentait une grande débilité mentale antérieure, a fait trois séjours dans le service, très déprimée, incohérente parfois, avec de la confusion et de l'albumine dans les urines. Pendant cet état, elle était incapable de rien faire, la guérison se produisait en quelques semaines. Cette fois, elle a guéri, si l'on veut, de cet accès, mais maintenant elle a l'apparence d'être définitivement affaiblie. Pourtant, elle travaille, s'occupe, et ses possibilités sont beaucoup plus grandes que pendant les périodes que je viens de rapporter brièvement. Que conclure au point de vue pronostic ? Les possibilités sont très variables suivant les moments,

suivant les formes. Par exemple, il est des malades qui, très incohérents en parole, peuvent écrire des lettres très bien ; chez d'autres, c'est l'inverse.

Je ne crois pas que les procédés de M. Toulouse apportent quelque chose de très nouveau ni de très satisfaisant et puissent empêcher de faire des erreurs.

M. JUQUELIER. — Notre communication, pour rester brève, a été fatalement un peu schématique. Lorsque nous avons dit qu'il nous semblait que le syndrome confusionnel avait en psychiatrie une très grande extension, nous avons fait allusion aux troubles variables de l'auto-conduction plutôt qu'au syndrome de Delasiauve, qui représente, à notre avis, la forme la plus caractéristique et la plus complète de la perturbation de la synthèse mentale. La confusion mentale de Delasiauve, à laquelle il est légitime d'attacher aussi le nom de M. Chaslin, n'a peut-être pas, en effet, plus d'extension que ne le pense ce dernier auteur. Mais en signalant la fréquence des éléments confusionnels réversibles dans le complexe symptomatique des états en apparence démentiels, nous avons voulu insister sur la difficulté du diagnostic de démence (ou plutôt du pronostic que cette désignation comporte, comme le dit excellemment M. Chaslin). Les exemples que M. Chaslin vient de citer confirment du moins cette partie de notre communication.

Il est vrai que nous ne nous en sommes pas tenus là, et que nous avons essayé d'indiquer les caractéristiques de la démence : c'est une tâche plus ingrate, et il est bien possible (surtout en ce qui concerne l'hébéphrénie) que nous ne l'ayons pas réalisée. Nous croyons pourtant que, dans bien des cas, notre formule reste applicable.

M. CHASLIN. Nous sommes d'accord sur la difficulté du pronostic. Une femme qui arriva dans mon service sans renseignements et donnant l'impression d'une démente sortit guérie au bout de dix-huit mois. Un autre malade, présentant l'aspect typique de la stupeur catatonique, fit une rémission de dix-sept ans : je me refuse à appeler cela une démence. Il est certains cas de syphilis cérébrale qui guérissent même sans traitement.

M. JUQUELIER. — Je crois, pour ma part, que les cas pour lesquels le pronostic est le plus difficile à établir sont ceux où l'affectivité est d'emblée très atteinte, car il devient alors très malaisé de faire varier l'efficiencie et de mesurer les possibilités. Or, les états hébéphrénocatatoniques sont susceptibles de rémissions, pratiquement assimilables à la guérison et la réaction de désintérêt, lorsqu'elle est primitive, n'est pas un caractère absolu de démence.

M. ARNAUD. — La communication de M. Toulouse pourrait se résumer ainsi : il importe d'examiner les malades avec soin. J.-P. Falret disait : « les médecins ne doivent pas se faire les secrétaires des malades ». Il faut faire de l'observation active. Je ne vois pas bien en quoi consiste cette méthode ni quelle est sa nouveauté.

La suite de la discussion est remise à la prochaine séance.

Note sur la bradypsychie comitiale.

Par M. MAURICE DUCOSTÉ.

Dans une des dernières séances de la Société médico-psychologique, M. Rogues de Fursac, exposant un des procédés de sa méthode d'investigation psychoclinique, a montré, entre autres résultats dignes d'attention, que les épileptiques se caractérisent par la lenteur extrême, sans altérations qualitatives, des opérations psychiques.

Cette formule, essentielle à la définition de l'état mental des comitiaux, avait été exposée par moi en un mémoire, écrit en 1912, et que votre Société a bien voulu honorer d'un de ses prix. Une note, lue à cette tribune en novembre 1913, résuma, de ce mémoire, les points auxquels je crois pouvoir accorder l'intérêt de quelque nouveauté.

Schüle avait noté en trois mots la lenteur comitiale et M. Chaslin, dans ses *Eléments de sémiologie et de clinique mentales*, parus en 1912, avait fait du « ralentissement psychique et moteur » des épileptiques la caractéristique de la « forme ralentie » de la démence

épileptique. M. Trénel, à l'occasion de ma courte communication, confirma la réalité du fait clinique. Dans la dernière édition (1917) de son *Manuel de Psychiatrie*, M. Rognes de Fursac a compté cette notion au nombre des acquisitions légitimes de la science mentale.

Cependant, comme des travaux plus récents n'en font aucune mention, j'ai pensé qu'il ne serait peut-être pas inutile de reproduire ici quelques lignes de ma note résumée de 1913.

« Ce ralentissement psychique, disais-je, est un caractère très frappant ; à l'inverse de l'amnésie, il n'est pas soupçonné par les malades, sauf peut-être tout à fait au début.

Cette « lenteur psychique » est générale, portant sur toutes les opérations intellectuelles, et elle est habituelle, en dehors bien entendu des paroxysmes, qui ne font pas plus partie intégrante de la démence que les attaques ou les délires.

Perceptions, conceptions et réactions, actes, gestes et paroles, tout est d'une lenteur extrême chez les épileptiques. Il semble que les ressorts de l'intelligence et de la volonté ne puissent jouer sans avoir à surmonter d'énormes et continuels obstacles.

Il est probable que les impressions et les sensations sont également frappées de cette lenteur particulière, et il serait à désirer qu'on appliquât à leur étude les instruments de mesure de la psychologie moderne.

Quant aux perceptions, aux conceptions et aux réactions, il suffit de regarder un épileptique quelques instants ou de solliciter quelque réponse de sa bonne volonté pour se faire immédiatement une idée exacte du retard apporté à ces opérations. Il faut attendre, plus qu'il n'est ordinaire, pour que les questions leur parviennent et souvent ils les répètent eux-mêmes avant d'y faire une traînante réponse. Ils mettent beaucoup plus de temps que les autres aliénés à comprendre ce qui les entoure ; si un fait nouveau se produit dans le quartier où ils sont soignés, ils ne l'incorporent à leur conscience qu'après des tergiversations infinies.

Ils ont des gestes presque athétosiques, lents, imprécis, inachevés, prétentieux et ganches.

Ils oscillent au gré des impressions qui arrivent une

à une à leur conscience et semblent n'y jamais pouvoir se rencontrer.

Aussi sont-ils contradictoires en sentiments, en actes, en paroles et peut-être leurs impulsions (je parle des impulsions conscientes et mnésiques), leurs impulsions brusques si fréquentes et redoutables, sont-elles, malgré les apparences, des phénomènes de nature identique. Ces impulsions sont de purs réflexes, des chocs en retour d'une impression que ne vient pas corriger et réprimer une autre impression, réelle ou évoquée, parce qu'elle est trop lente à franchir le seuil de la conscience.

On sait, d'autre part, que les épileptiques sont toujours en retard : ce fait est bien connu des infirmiers d'asiles.

Cette sorte d'oppression qui pèse sur toutes les opérations intellectuelles, cette lenteur psychique est tellement caractéristique qu'elle permet, à elle seule, de soupçonner l'épilepsie chez tel individu qui n'en donnerait par ailleurs aucune assurance ».

Dans la note dont ce passage est extrait, j'avais donné, pour caractéristiques à la démence épileptique, ce ralentissement psychique, « la bradypsychie » si vous voulez accepter ce mot, et l'amnésie. J'insistais, avec assez de force, sur ce fait que « l'intelligence du comitial est beaucoup moins frappée qu'il ne semble à première vue, et que pendant longtemps ses déficiences mentales sont fonction des seuls troubles de mémoire et de ce ralentissement psychique ».

L'attention, l'association des idées, le raisonnement, les sentiments affectifs sont à peu près normaux. On en fera peut-être état pour refuser à l'association de l'amnésie et de la bradypsychie le qualificatif de démence, mais le terme importe peu ; l'essentiel, je crois, c'est que les épileptiques finissent par la démence profonde lorsqu'une fois se sont constituées l'amnésie et la bradypsychie, que ces symptômes ne régressent pas, que la démence épileptique est définitive, régulièrement progressive, sans rémittences. C'est du moins ma conviction ; à l'encontre de l'opinion courante.

Je ne reviendrai pas sur l'amnésie comitiale : je l'ai décrite dans la même note. Elle m'a paru, elle me paraît, si spéciale et si curieuse, elle frappe d'un jour si net un grand nombre de phénomènes psychiques

observés chez les épileptiques, elle permet d'interpréter si logiquement ce qu'on peut dénommer les *délires démentiels* des comitiaux, délires métaphysiques, de métempsychose et de dépersonnalisation que je ne puis m'empêcher de souhaiter que cette étude soit reprise.

Encore un mot. On pourrait refuser à l'amnésie et à la bradypsychie leur caractère comitial, accuser le bromure de les produire, non l'épilepsie.

Et de fait, il y a peu de temps, un romancier célèbre, très curieux des choses de la psychiatrie, a émis l'opinion que l'*Education sentimentale* de Flaubert était « un livre bromuré ». Il entendait par là, je présume, que le bromure dont Flaubert fit usage, paraît-il, avant et pendant l'élaboration de ce livre, explique à lui seul les défauts de composition et de style qu'on y peut trouver. Il n'est pas de ma compétence de décider en quoi l'*Education sentimentale* est inférieure à *Madame Bovary* ou à *Salammbô*, mais si cette infériorité est réelle, et s'il est utile à un médecin d'en connaître les causes, peut-être sera-t-il plus exact d'accuser tout simplement les progrès de la maladie dont Flaubert était atteint.

M. Chaslin avait déjà noté, lorsqu'il intervint dans la discussion dont ma note avait été l'objet nagnère, que la bradypsychie existait aussi bien chez les épileptiques bromurés que chez ceux qui l'étaient peu. Je puis préciser, pour l'avoir recherché, que l'amnésie et la bradypsychie s'observent, au même degré, chez les comitiaux qui usent régulièrement du médicament et chez ceux qui n'en prennent point.

Les deux symptômes sont assez faciles à déceler chez les épileptiques larvés qui n'ont jamais été soignés. Les opérations intellectuelles ne sont pas ralenties chez les non-épileptiques malades ou sains que l'on bromure; il ne me semble pas que leur mémoire en soit affectée: en vérité, elle m'a paru un peu plus paresseuse et rebelle, mais en rien altérée comme elle l'est chez les comitiaux.

DISCUSSION

M. MARCHAND. — N'y a-t-il pas des épileptiques dont l'intelligence est normale? Il faudrait examiner à ce point de vue ceux de ces malades qui ne sont pas internés dans des asiles.

M. CHASLIN. — Je suis d'accord avec M. Marchand. Le ralentissement est ici un signe d'affaiblissement intellectuel et précède la démence. Le ralentissement psychique va de pair avec un ralentissement moteur. Et pendant longtemps, la démence épileptique a les caractères de la confusion.

M. ROGUES DE FURSAC. — Ce signe peut exister en dehors de tout affaiblissement psychique, et l'on en peut donner comme exemple la lenteur de travail de Flaubert, qui s'en plaint lui-même dans sa correspondance.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Flaubert, chacun le sait, avait l'enfantement pénible, mais sa correspondance formidable, non encore entièrement publiée, et le fait que pour plusieurs de ses œuvres, il écrivit plusieurs éditions, ne permettent pas de conclure à de la bradypsychie.

M. BARBÉ. — Flaubert avait certes le travail difficile, mais c'était une difficulté voulue, due à la recherche du mot.

M. PIÉRON. — L'analyse médico-littéraire ne permet pas de résoudre des questions de ce genre. Il serait facile de résoudre le problème expérimentalement.

M. ROUBINOVITCH rappelle les cas très nombreux de comitiaux de son service dont l'intelligence se montre d'une activité normale au début du syndrome épileptique. La répétition des accès comitiaux détermine chez ces mêmes malades plus ou moins rapidement, après quelques années, un affaiblissement des facultés intellectuelles avec bradypsychie. Les troubles mentaux résultent des progrès des lésions corticales qui marquent chacun des accès épileptiques.

M. RENÉ CHARPENTIER. — En dehors du ralentissement psychique, premier symptôme de la démence épileptique, la bradypsychie des épileptiques peut être sous la dépendance de deux facteurs : la fréquence des

crises et l'intensité de la bromuration thérapeutique. Le nombre d'épileptiques d'intelligence normale est grand en dehors des asiles, et nous en connaissons tous, même dans les milieux médicaux, qui joignent à une activité professionnelle impeccable une activité scientifique enviable.

Lorsque les crises se rapprochent, il existe souvent dans la période intercalaire de la bradypsychie plus ou moins marquée et en rapport avec la fréquence des crises et la brièveté de cette période. En outre, la bromuration thérapeutique, lorsqu'elle est pratiquée à doses vraiment utiles, dans ces cas, avec régime achloruré, aboutit à un ralentissement général de l'idéation et de l'expression.

M. TOULOUSE. — Le ralentissement psychique est un fait constant après les crises convulsives et il persiste lorsqu'elles sont fréquentes. Il semble encore qu'il peut constituer un équivalent psychique.

Existe-t-il à l'état habituel un ralentissement dans l'épilepsie? Il y a lieu de noter que nous l'observons surtout chez nos malades d'asiles qui présentent souvent des lésions cérébrales, capables de conditionner à la fois l'épilepsie et ce ralentissement.

Mais, chez certains malades, notamment chez ceux de la ville, on observe parfois une activité mentale qui ne paraît pas ralentie. Enfin, il y a lieu de tenir compte de la bromuration qui, *tout au moins quand elle est suffisamment poussée et prolongée comme dans l'épilepsie*, provoque un ralentissement du psychisme. C'est d'ailleurs là un des signes cliniques caractéristiques qui avertissent le médecin du bromisme.

J'ai observé ce ralentissement chez des malades non épileptiques et dont je voulais combattre l'excitation intellectuelle avec le bromure combiné avec l'hypochloruration.

M. ROGUES DE FURSAC. — Je n'ai expérimenté que sur des épileptiques d'asile.

M. RAFFEGEAU. — Je suis tout à fait de l'avis du Dr Roubinovitch, et je crois, comme lui, que le ralentissement psychique et l'affaiblissement intellectuel que l'on constate chez les épileptiques sont dus surtout aux crises, puisqu'on les voit s'accroître au fur et à

mesure que les malades ont des crises plus fréquentes et plus fortes.

Mais, en cas de guérison ou de rémission, il se produit également un phénomène inverse. Depuis que je traite les comitiaux par le *luminal*, les crises ont tout à fait disparu chez un grand nombre de mes clients, dès le début du traitement. Or, cette suppression ne tarde pas à avoir pour corollaire une activité plus grande des facultés intellectuelles en même temps que le caractère devient plus facile et que l'aptitude au travail se montre presque normale, à la grande joie des malades et de leur entourage.

M. TOULOUSE. — L'expérience concorde avec ce que dit M. Charpentier. Le bromure est employé à cause de son action sur l'écorce. J'ai souvent obtenu ainsi un ralentissement psychique avec diminution de l'idéation.

M. DUCOSTÉ. — Tous les épileptiques larvés que j'ai examinés ont un certain ralentissement des opérations intellectuelles. Je n'ai guère examiné que des épileptiques larvés. Le bromure n'amène pas de ralentissement des opérations psychiques : ce qui amène du ralentissement psychique, c'est l'épilepsie.

A propos de l'épilepsie consciente et mnésique.

Par M. MAURICE DUCOSTÉ.

J'ai observé dernièrement deux cas d'épilepsie psychique, consciente et mnésique. Avant de les rapporter, je mettrai la question au point, en quelques lignes.

L'amuésie des actes accomplis immédiatement avant, et surtout après les convulsions et les vertiges est connue depuis très longtemps : elle n'avait pas, bien que la notion en fût un peu confuse, échappé aux médecins de la Renaissance.

Esquirol la signale très clairement en 1815 (1). L'inconscience et l'amnésie vertigineuses lui sont familières : « privation instantanée du sentiment », dit-il,

(1) Esquirol. De l'épilepsie (1815), in : *Des maladies mentales*, 1838, t. I, p. 274.

au sujet d'une jeune dame qui, l'accès terminé, « reprend la conversation, la phrase où elle les a laissées, sans se douter nullement de ce qui vient de lui arriver ». Il est moins formel pour la fureur, ou manie épileptique « dangereuse, avengle, en quelque sorte automatique. » Il ne dit rien sur la conscience et la mémoire des 339 femmes épileptiques de son service : un cinquième seulement a conservé l'usage de la raison, « et quelle raison » ! Les autres sont monomaniaques, maniaques, furieuses, idiots ou démentes ; il compte 145 démentes, mais il mêle à la démence la confusion, l'obtusité post-paroxystique : « presque tous les épileptiques, en sortant de la somnolence qui suit l'accès complet, ou après le vertige, sont dans un état de démence qui se dissipe peu à peu ». Sur les 145, « 16 sont constamment dans cet état ; les autres ne le sont qu'après l'accès ». En ce qui concerne l'attaque convulsive « aucun épileptique ne conserve le souvenir de ce qu'il vient d'éprouver, aucun n'en a sans doute le sentiment ».

Les idées d'Esquirol règnent jusqu'en 1860, où Morel et Jules Falret, simultanément, l'un dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* et dans son *Traité des maladies mentales*, l'autre dans les *Archives générales de médecine*, décrivent ce que nous appelons les équivalents psychiques de l'épilepsie. Morel crée le mot d' « épilepsie larvée », Falret de « petit mal intellectuel ». Ces travaux capitaux des deux grands aliénistes sont trop connus pour qu'il y ait lieu d'insister. Ils établissent la réalité chez les épileptiques de troubles psychiques brusques et périodiques, sans rapport actuel avec des phénomènes convulsifs, qui pouvaient même ne s'être jamais manifestés.

De cette folie instantanée des épileptiques les caractères les plus importants sont l'inconscience et l'amnésie : cette formule s'est depuis lors fortement imposée aux aliénistes, et son intérêt médico-légal est considérable.

Cependant n'a pas été admise par tous la légitimité même de l'épilepsie larvée : Legrand du Saulle, Motet, Christian ont pensé qu'on n'a point le droit de parler d'épilepsie tant qu'on n'a pas eu l'assurance d'un phénomène convulsif quelconque, même très léger, très

fugace; et ne peut-il toujours passer inaperçu? Morel avait d'ailleurs prévu cette objection: parlant de ses épileptiques larvés, « Peut-être, dit-il, quelques-uns tombaient-ils la nuit sans que le phénomène ait été remarqué. » Assurément, les crises nocturnes sont aisément méconnues.

En demeurant, quel intérêt pratique à ces attaques contre l'épilepsie larvée? L'essentiel n'est-il pas de savoir si l'on peut, comme dit Falret, « remonter du délire à l'épilepsie » en dehors de la connaissance des convulsions? Tous les cliniciens ont tranché par l'affirmative, définitivement.

Un autre problème est plus pressant: l'inconscience et l'amnésie sont-elles des éléments indispensables aux délires et impulsions épileptiques, des éléments de définition?

J'avais réuni dans mon travail inaugural les opinions contraires de 70 auteurs: tous ne sont pas sans doute catégoriques. Dans les années qui suivirent, furent publiées 300 observations environ, à ma connaissance, d'épilepsie consciente et mnésique. 300 en vingt ans, 15 par an, c'est infime au regard de l'énorme production contemporaine: ce ne sont pas ces 300 observations qui peuvent prétendre barrer la route à l'innombrable armée des faits qui les combattent. Cependant, il est juste de remarquer que ces 300 faits, à cause même de leur caractère exceptionnel et en quelque sorte révolutionnaire, n'ont été produits par leurs auteurs qu'après une observation minutieuse et un contrôle rigoureux: ils sont donc, tous, valables et d'un grand poids, ce qu'on n'accordera peut-être pas à la totalité des références adverses.

Sur ces 300 faits, toutefois, certains n'ont qu'un intérêt de curiosité: ce sont les observations de convulsions comitiales, conscientes et mnésiques. D'autres concernant des mouvements répétés et plus ou moins stéréotypés, des courses plus ou moins longues, de l'automatisme gesticulatoire ou ambulatorio, sont de maigre profit. Mais ceux qui ont trait à des accès violents, bien coordonnés, à des impulsions de haute conséquence sociale, ont une importance de tout premier ordre.

Si le concept de l'inconscience et de l'amnésie épileptiques a la force d'un dogme, tous ces faits sont à refuser au mal comitial. Et ce n'est pas sans doute très légitime, ni très prudent.

Combien de ces dernières observations, j'entends irréfutables pour la minutie et la sincérité de l'enquête clinique ? Une centaine.

Les paroxysmes mentaux se lient parfois étroitement aux convulsifs ; d'autres fois les convulsions et les vertiges sont absents. La conscience et la mémoire sont dans certains cas un peu troubles et lacunaires, le souvenir peut s'effacer au bout de quelques heures ou de quelques jours, comme d'un rêve ; d'autres cas offrent une conscience très lumineuse, et le souvenir, d'une force et d'une précision parfaites, persiste. Ce sont des impulsions généralement de courte durée, si exactement jugées par le malade qu'il y résiste avec plus ou moins de bonheur, et il n'oubliera aucune des phases de cette lutte ; ce sont encore des délires d'une durée de plusieurs heures ou de quelques jours. Chez tel sujet toutes les impulsions et tous les délires sont conscients et mnésiques ; en d'autres cas, ils sont ainsi à certain moments, à d'autres non. Enfin on voit des épileptiques dont seules les crises convulsives obéissent à la formule classique ; tout le reste demeurant clairement conscient et mnésique.

Je résumerai, en me restreignant à leur essence, les deux observations qui ont été l'occasion de cette note. Un jeune homme de dix-huit ans, peu intelligent et dont l'ordinaire apathie est interrompue inopinément par des colères sans motifs, souffre, depuis huit mois environ, de crises de contractures : certains jours, au réveil, il est « raide comme un pieu », ses membres sont immobilisés en extension. Ce phénomène, qui dure quelques minutes, n'est pas douloureux en soi ; mais il s'accompagne d'une sensation de gêne angoissante et d'une légère obtusion de l'intelligence.

Quand il se termine, le malade se sent poussé à quitter son domicile ; il part et marche pendant des heures : il a pu rester absent un jour et une nuit. La conscience pendant cette fugue est un peu obscurcie, en ce sens que le sujet s'abandonne sans résistance. Cependant, il

sait très bien où il est, ne commet aucun acte excentrique ou repréhensible; il se souvient exactement des lieux par où il a passé, de ce qu'il y a fait et même, à l'occasion, de ses réponses à tel promeneur qui lui a demandé un renseignement. A certains moments, son tronble disparaît; il apprécie alors son acte, et il fait demi-tour pour rentrer chez lui; mais ressaisi quelques minutes après, il reprend sa fugue. J'ai cru pouvoir rattacher ces phénomènes à l'épilepsie, d'abord parce que tout autre diagnostic paraît difficile, et ensuite parce que des crises de contractures analogues à celles de ce malade ont été maintes fois appréciées comitiales par divers auteurs.

La seconde observation montre l'association, chez le même sujet, de crises convulsives, indubitablement comitiales, inconscientes et amnésiques, et de divers paroxysmes psychiques parfaitement conscients et dont le souvenir demeure parfait.

La malade, âgée de quarante-six ans, entrée le 5 janvier dernier à la Maison de Santé, y a fait un premier séjour de quelques mois il y a deux ans et a été soignée autrefois dans une autre maison. Depuis l'âge de dix-huit ans, elle souffre de crises convulsives avec perte de connaissances et morsures de la langue, etc., et de vertiges, à caractéristiques comitiales.

Parfois, sous l'influence de ces vertiges, d'autres fois sans qu'on ait pu les contrôler, elle est saisie de délire violent, d'une durée de quelques heures ou de deux ou trois jours, dont elle se rappelle très bien les divers moments. Ainsi, il y a deux mois, après s'être couchée et endormie fort tranquillement à l'heure habituelle, elle se lève à 2 heures du matin, s'habille, descend dans la rue et se rend au commissariat de police où elle raconte, avec exaltation, que son mari veut l'empoisonner. Le commissaire essaie de calmer son agitation et sa loquacité, et la renvoie. Elle va frapper à la porte d'une pharmacie; le tenancier de l'officine étant couché, elle monte chez lui, le fait lever, lui explique longuement ce qu'elle ressent, et en reçoit un contre-poison. Cependant, redescendue, son délire cesse subitement; elle rentre chez elle, réveille son mari et lui raconte, en s'excusant de ses soupçons, ce qui vient de se passer.

D'autres délires semblables, avec réactions plus ou moins violentes, incoercibles mais conscients, l'ont dominée à maintes reprises. La mémoire enregistre très clairement, ou avec un peu de confusion, selon les cas, tout ce qui se passe dans ces épisodes.

Cette malade présente encore des impulsions tout à fait conscientes, comme la suivante, qu'elle raconte avec les détails les plus précis : il y a deux ans, elle regardait l'exposition d'une modiste de la rue d'Angoulême ; elle a traversé la rue et a déposé derrière une porte sa bourse et son sac à main. Puis, elle est partie. Deux heures plus tard, elle est revenue rue d'Angoulême reprendre ce qu'elle avait caché derrière la porte. Elle reconnaît avoir eu un vertige devant la vitrine de la modiste et avoir été « drôle » pendant les deux heures qui ont suivi. Mais l'acte absurde qu'elle avait accompli était tout à fait conscient et demeura mnésique.

A côté de ces épisodes, cette épileptique subit, d'ailleurs, des impulsions inconscientes (fugues, violences, etc.) et des délires aveugles, souvent hallucinatoires.

Le diagnostic est certain. Outre les convulsions, les vertiges et les paroxysmes psychiques caractéristiques, l'état mental habituel de la malade est nettement comitial, la bradypsychie est évidente et les troubles spécifiques de la mémoire sont manifestes.

MM. LAIGNEL-LAVASTINE et ANDRÉ GILLES apportent l'observation d'une « épileptique anxieuse ». La longueur de cette communication et de la discussion qui l'a suivie nous obligent à en reporter l'impression au prochain numéro.

Exagérations des hallucinés.

Sur le diagnostic

et la fréquence des hallucinations auditives verbales.

Par M. QUERCY.

Chez des hallucinés de l'ouïe classique, l'analyse des « voix » n'en laisse subsister qu'un résidu très inférieur à la quantité des perceptions affirmées par le malade.

I. — Il ajoute à ses hallucinations un commentaire et présente le tout comme la reproduction des propos de ses voix ; mais on peut l'amener à distinguer ses fausses perceptions de ce qu'il leur ajoute.

C..., stupeur catatonique puis syndrome de démence précoce. C'est un halluciné banal et voici deux de ses hallucinations : il a vu un serpent ; il a été traité de juif errant.

Interrogatoire en rémission : « Vous avez vu un serpent ? — Non, c'est une ombre autour du montant de ma fenêtre que j'ai interprétée comme un serpent et qui m'a fait peur.

... Juif errant ? C'est un jeu de mots, un pot de chambre qui passe de main en main. « On vous a traité de juif errant ? — Oui... » et le malade, d'une voix à peine perceptible, émet un très long bourdonnement où l'on devine, si l'on veut, les syllabes du mot en question. La perception sans objet se réduit à moins qu'un mot et cependant, avant cet interrogatoire, pareille réduction eût paru illégitime aux plus avertis.

L..., mélancolique. — ? — Elle m'a dit de me lever et d'aller manger la confiture de B... — ? — Elle a dit « vas-y » — ? — Non, elle n'a pas dit « confiture » — ? — Ni « B... » mais j'ai de mauvaises pensées — ? — Elle a dit « vas-y ».

V..., trente ans de délire de persécution, légère démence, monologue. Une voix lui parle sans cesse, multipliant questions et reproches pour lui faire avouer de vieilles fautes. Elle a des caractères physiques fort nets. Que dit-elle effectivement ? Jamais rien de plus que « Et puis toi ».

L'interrogatoire réduit ici les phrases d'abord attribuées aux voix à trois monosyllabes et toutes les hallucinations décelées chez ce malade ont pu subir cette réduction. J'ajoute en passant que, depuis des années, elles ne se sont pas modifiées ; ce sont des *hallucinations stéréotypées*.

L'hallucination alléguée est et surtout devient un ensemble complexe et cohérent ; l'hallucination effective, la donnée hallucinatoire est parfois moins qu'un simple mot.

II. — Un fait concomitant de l'hallucination, le monologue, peut se présenter de façon à faire douter de la réalité du phénomène hallucinatoire tel qu'il est « défini ». A l'élément auditif des hallucinations verbales se joint ici un élément moteur. Tels hallucinés

émettent les propos de la voix extérieure en même temps qu'ils disent les percevoir. Les uns ne paraissent pas conscients de leurs impulsions verbales, d'autres les nient tout en en paraissant conscients; d'autres les avouent, mais disent répéter les paroles des « voix »; d'autres sont des psycho-moteurs; d'autres combinent ces variétés.

Dans les cas que j'ai analysés, ce monologue rendait très douteuse la perception auditive alléguée.

G... (Sur le diagnostic et la fréquence des hallucinations auditives verbales, *Société médico-psychologique*, janvier 1920; *Encéphale*, mai 1920) émaille ses monologues, c'est-à-dire ses prétendues hallucinations, de mots de 10, 20, 30 syllabes, tels que ocosialalsodono-cialoso, émis très rapidement, *sans silence préalable*, aussitôt oubliés et jamais répétés.

Dès lors, ou son hallucination, ses mouvements et la perception de sa propre voix s'opèrent synchroniquement; ou l'hallucination précède l'émission, mais est instantanée; ou la fausse perception du mot prochain a lieu pendant l'émission du mot actuel; ou il y a là un phénomène très différent d'une perception sans objet; ou il n'y a là que de l'automatisme moteur, le malade *expliquant* ses étranges propos par l'intervention d'une voix étrangère (1). En tout cas, l'élément moteur concomitant de l'hallucination auditive la modifie gravement et lui enlève beaucoup de ses analogies avec la perception.

Une persécutée vue à Sainte-Anne entendait des insultes et y réagissait violemment; or, elle prononçait et niait prononcer les mots qu'elle disait entendre.

Je crois ces faits extrêmement fréquents; on en trouve çà et là dans les publications psychiatriques et M. Séglas les mentionne expressément dans ses leçons.

Dans le cas suivant se combinent; peut-être, des hallucinations, sûrement des monologues, sûrement aussi l'affirmation injustifiée de perceptions sans objet.

(1) On pourrait se demander si le même phénomène psychique, diversement *raconté* par les malades, ne deviendrait pas, selon les cas ou les moments, ici une hallucination psychique, là une hallucination psycho-motrice, là une hallucination psycho-sensorielle.

M^{me} R..., délire polymorphe de dégénérée (?) : 1° A l'apparence d'une hallucinée de l'ouïe; 2° prononce des paroles qui seraient l'écho exact de ses voix; 3° leur obéit; 4° édifie, avec leurs propos, un délire :

1° Ses propos et ses réponses mettent ses hallucinations à l'abri des objections classiques.

2° Ici, deux groupes de faits : a) elle intercale dans ses monologues, sans intervalles de silence, des termes inattendus, qui sont, dit-elle, émis par ses voix. Exemple : elle chante et interrompt une mesure par le cri « chantes-en une autre » ; première chanson, cri et deuxième chanson se suivent sans silences intermédiaires ; elle affirme que la voix extérieure a crié l'ordre ; elle nie et avoue tour à tour l'avoir répété ; elle nie l'avoir émis seule. — A mon entrée, dit-elle, on a crié « j'ai peur », alors je l'ai dit et tout le monde a eu peur. Le soir où ça a commencé, une voix a dit « descend », j'ai crié et je suis descendu. — Je me promène avec une épingle dans la bouche pour leur montrer que ce n'est pas moi qui parle, mais eux qui me parlent dans les oreilles.

b) Presque toutes ses paroles seraient l'écho intégral des voix. « Je m'appelle M^{me} R... » est l'écho de ce qu'a dit la voix en réponse à ma question. Qu'elle écoute un instant avant de parler, que ses propos ne laissent point place à une perception préalable de durée appréciable, que, excitée, elle agisse et parle en hypomaniaque, l'affirmation qu'elle entend d'abord ce qu'elle va dire ne faiblit jamais.

3° Elle se déshabille devant nous, se couche, les bras en croix ; crie « je suis César et ses bataillons », etc., le tout, par obéissance à ses voix.

4° Elle édifie un délire *avec* et non *sur* ses « hallucinations ». Les voix lui disent et commandent tout ce qui a lieu à la Salpêtrière et dans Paris ; elle peut, le dos tourné, apprendre d'elles tout ce que je fais et ses échecs ou le silence obstiné des voix n'affectent pas sa certitude. Le système délirant revient à s'affirmer halluciné ; c'est un *délire d'hallucinations*.

Au total, jamais les « hallucinations » de cette malade n'ont résisté à l'analyse, soit que la concomitance de l'impulsion motrice les fit ressortir du deuxième groupe de faits ; soit qu'elles n'aient représenté que des idées délirantes et peut-être des propos empreints de pithiatisme.

*
* *

Lorsqu'on écarte d'une hallucination de l'ouïe l'élément moteur, les surcharges, les interprétations, le

délire d'hallucinations, les stéréotypies hallucinatoires, etc., la perception sans objet se réduit souvent à un résidu quantitativement insignifiant (1). Telle est, je crois, la conclusion minima qu'entraînent ces faits. Je développerai plus tard les hypothèses et les considérations doctrinales ou historiques qu'ils suggèrent.

DISCUSSION

M. RAOUL LEROY. — L'hallucination est créée par la malade; il n'est donc pas surprenant que la malade hallucinée exagère, imagine bien des choses. Comme elle crée l'hallucination, elle peut aussi créer le délire qui l'accompagne, l'imagination.

M. ARNAUD. — Je ne crois pas que l'on puisse dire que le malade crée l'imagination comme le délire. L'hallucination est un phénomène automatique tandis que le délire est créé par le malade. Je ne crois pas que l'hallucination se traduise par des phrases : c'est un phénomène plus bref, plus court qu'on ne le croit d'ordinaire.

M. COLIN. — C'est un phénomène très complexe. Cependant on voit des hallucinés converser et répondre à leurs hallucinations, montrer le poing, etc., puis expliquer pourquoi ils agissent ainsi. Qu'il y ait là un phénomène complexe dont le malade ne puisse pas toujours se rendre compte, c'est entendu. Mais il existe cependant un grand nombre d'autres cas et on pourra en rapporter ici.

M. CHASLIN. — Quand on cherche à se renseigner exactement, on n'obtient jamais des malades que des bouts de phrases; l'imagination fait le reste. La mimique hallucinatoire n'est pas toujours la démonstration de l'hallucination proprement dite : j'ai vu des cas dans lesquels il s'agissait d'hallucinations psychiques. Les faits dont parle M. Colin sont rares, très rares.

M. ARNAUD. — Ces faits me paraissent aussi des plus suspects. Cela ne prouve pas que la voix énonce

(1) Au fond, la critique d'une hallucination n'est rien de plus que la critique d'un témoignage.

réellement des phrases: cela peut se borner à un mot que le malade amplifie et grossit.

M. MIGNARD insiste sur le faible résidu proprement sensoriel des hallucinations. Un malade ne peut avoir d'hallucinations qu'en attitude d'attention.

La suite de la discussion est reportée à une prochaine séance.

La séance est levée à 6 h. 30.

Les secrétaires des séances,

P. JUQUELIER et RENÉ CHARPENTIER.

BIBLIOGRAPHIE

Les formes supérieures de l'attention. Revault d'Allonnes.
Journal de Psychologie, n° 3, 1920.

Théorie du schématisme appliquée à l'analyse de l'attention aperceptive (regarder, écouter), conceptuelle (comprendre), attributive (juger), rationnelle (dédire, induire). Les schémas ont une importance capitale dans l'attention et par elle dans toutes les opérations de l'esprit ; l'aperception attentive s'opère par l'intervention d'images mentales schématiques. Il y a des schémas auditifs, des schémas moteurs, des schémas de tous les sens ; l'érosion de l'oubli engendre des schémas mnémotiques. En présence d'un ensemble perceptif, l'attention aperceptive, armée de schémas nouveaux et anciens, personnels et traditionnels, opère un prélèvement, discerne l'essentiel et néglige l'accessoire. Le cheval rudimentaire, en bois découpé ou dessiné au trait sur un papier, aide l'enfant à mieux comprendre le cheval qui tire la voiture ; quand on déchiffre un grimoire, l'écriture illisible que l'on voit évoque et sélectionne des tracés familiers et lisibles ; c'est par nos schémas familiers que nous reconnaissons un être singulier, que nous les confondons ou que nous les distinguons ; c'est par de véritables schémas moteurs, résidus dépouillés d'essais antérieurs, que nous devenons adroits.

Il faut se garder de confondre attention et effort. Si le travail de l'esprit qui va du schéma à l'image s'accompagne parfois d'un sentiment d'effort, cela tient non pas à la nature même de l'opération, mais seulement à des conjonctures étrangères ou perturbatrices, au manque de clarté et de distinction des idées, à l'oblitération des images, à la disconvenance du schéma. L'effort résulte de la disproportion entre la fonction et l'obstacle : si la volonté, si l'attention sont proportionnées à leur tâche, elle est accomplie sans effort.

INFORMATIONS

L'ÉCOLE DE SERVICE SOCIAL DE NEW-YORK. — La *New York school of social work*, dirigée par P. N. Lee (105, East 22d street), publie le programme des cours qu'elle organise. Nous relevons particulièrement des leçons sur la criminologie, la *psychiatrie sociale*, l'orientation professionnelle, etc. Des séminaires sont organisés pour l'étude approfondie et pratique de certaines branches.

* *

PÉRIODIQUES NOUVEAUX. — A signaler, comme une nouvelle manifestation de la renaissance scientifique de l'Espagne, la création des *Archives de neurobiologia* (éditées par Ruiz Hermanos, à Madrid), revue synthétique de psychologie, physiologie, histologie, neurologie et psychiatrie. Nos meilleurs souhaits à notre nouveau confrère.

— Nos amis anglais viennent également de créer un nouveau périodique à Bristol, *The Journal of neurology and psychopathology* (édité par J. Wright and Sons, à Bristol). Le comité de direction comprend : MM. S. A. Kimmer Wilson, T. Graham Brown, R. M. Stewart, pour la *Neurologie* ; MM. Bernard Hart, Henry Devine et Maurice Nicoll pour la *Psychopathologie*. L'autorité de ces noms est un sûr garant du succès de cette nouvelle revue, que nous souhaitons vivement.

* *

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons, de Lyon, la mort de M. J.-P. Morat, un des derniers élèves de Claude Bernard, qui fut un des plus profonds penseurs de la physiologie du système nerveux.

— On annonce la mort de W. Wundt, à Leipzig, le plus célèbre représentant de la psycho-physiologie, qui fut malheureusement un des signataires du « Manifeste des intellectuels ».

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

ANT. RITTI

(1844-1920)

Par le Dr Georges VERNET

Médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Bourges (Cher).

Suite et fin (1).

Avec la notoriété, les distinctions et les honneurs vinrent à Ritti, les uns en leur temps, les autres avec un peu de retard, sans qu'il s'en émût outre mesure, sans qu'il songeât à en tirer vanité.

Sa réputation, dans le cercle restreint de notre spécialité, était, on peut le dire, universelle, et du meilleur aloi. Tout autant qu'à ses travaux il devait cette situation privilégiée aux multiples fonctions qu'il avait occupées au cours de sa longue carrière et qui l'avaient mis en relations, épistolaires ou per-

(1) Voir les *Annales* de juillet-août 1920.

sonnelles, avec les aliénistes du monde entier (1). Son nom, partout connu, était partout prononcé avec faveur et avec respect. Il ouvrait bien des portes à qui pouvait s'en recommander.

En France même, ses collègues, ses pairs avaient donné à Ritti toutes les marques de confiance et d'estime qu'il pouvait ambitionner. Successivement, ils l'avaient élu : président du VIII^e Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française (session de Toulouse, 1897); président, après Magnan, de la Société clinique de médecine mentale (1910); président, après Christian, de l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France (2). Enfin, il avait été l'objet, à l'occasion de sa nomination dans la Légion d'honneur (janvier 1906), d'une manifestation de sympathie dont la spontanéité et l'unanimité l'avaient profondément touché.

Depuis qu'il avait pris sa retraite, Ritti continuait

(1) Il fut, par exemple, secrétaire général de la Section de Psychiatrie des Congrès internationaux de Médecine en 1889 et en 1900.

(2) Par testament en date du 2 septembre 1917, Ritti a légué 20.000 francs à l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France. Du reste de sa fortune, il a fait trois parts égales, destinées :

A. La première à l'Académie de Médecine, pour la fondation d'un prix à décerner au meilleur travail sur un point d'histoire de la médecine mentale ou sur une question de pathologie mentale historique;

B. La deuxième à la Société médico-psychologique, pour la fondation d'un prix sur une question de clinique des maladies mentales;

C. La troisième à la Société clinique de médecine mentale, pour la fondation d'un prix sur une question de clinique des maladies mentales.

Enfin, par un codicille en date du 6 septembre 1917, il a légué à la Société médico-psychologique sa part de propriété des *Annales médico-psychologiques*, à la condition que le nom du fondateur de ce recueil, Baillarger, fût maintenu et sur la couverture et sur le livre.

sa vie de labeur ordonné et discret dans une paisible villa d'Auteuil, qu'il savait rendre si accueillante en sa sobriété distinguée et qu'avait ouatée pour lui la plus attentionnée des sollicitudes.

C'est là que, le 19 janvier 1920, je vis mon maître pour la dernière fois. Je ne le retrouvai pas dans son cadre coutumier : au milieu de ses livres. Un accident stupide l'avait exilé de son cabinet de travail, que Gothas ni Berthas n'avaient jamais pu lui faire quitter. J'avais été prévenu qu'il souffrait beaucoup : il n'y parut rien à son attitude, si ce n'est qu'il se montra plus affectueux encore qu'à l'ordinaire ; il parla de tout, sauf de lui-même ; il s'informa du service, auquel il n'avait cessé de s'intéresser ; il se montra très préoccupé de la chose publique, et il me redit son admiration et sa reconnaissance pour le grand vieillard, son contemporain, qui nous avait rendu sa chère Alsace. Il reçut une visite après la mienne. Puis, fatigué, il s'alita. Dans la nuit, un gémissement bref attira l'attention toujours en éveil de sa compagne : une hémiplegie gauche venait de s'installer, sans perte de connaissance. Ritti put faire lui-même le diagnostic, instituer le traitement. Mais, rapidement, le mal empira. Alors, il se rendit compte, et, calme, il attendit la mort avec sérénité.

C'est, sans aucun doute, dans son *Éloge de Calmeil* que Ritti a mis le meilleur de lui-même. Cette noble figure, au profil si pur, l'avait séduit. Il admirait sans réserves ce Bénédictin laïque, « qui ne se laissa détourner de sa tâche ni par les vains plaisirs du monde, ni par les entreprises de l'intrigue, où ne sombrent que trop souvent la dignité et l'indépendance du savant ». Il avait suivi avec complaisance, il déroula avec piété toutes « les phases de cette

existence si belle en sa simplicité », et il terminait par ces lignes : « Ennemi du faste et du bruit, Calmeil nous lègue à tous l'exemple de ce que peuvent, pour le progrès des connaissances et même pour le bonheur individuel, le goût de la retraite, la passion du savoir et l'amour de la vérité. Puisse ce modèle si achevé du médecin aliéniste modeste, consciencieux, esclave du devoir, trouver de nombreux imitateurs, au grand profit de la science et de l'humanité! »

Ce vœu, qu'il formulait en termes si élevés, tous ceux qui ont connu Antoine Ritti pourront porter témoignage qu'il l'a lui-même pleinement, magnifiquement réalisé.

TRAVAUX D'ANT. RITTI

I. — MÉDECINE MENTALE : PATHOLOGIE ET CLINIQUE.

Chorée. Troubles mentaux. Hallucinations multiples. Guérison, in *Union médicale*, numéro du samedi 9 novembre 1873, 3^e série, tome XVI.

Théorie physiologie de l'hallucination (Thèse de doctorat). Brochure de 76 pages, Paris, 1874. J.-B. Baillière et fils, libraires-éditeurs.

Alimentation forcée des aliénés. Procédé par l'électricité, in *Ann. méd.-psych.*, numéro de novembre 1875.

Folie transitoire à la suite d'une violente émotion morale, in *Ann. méd.-psych.*, numéro de mars 1880.

De l'asphyxie locale des extrémités dans la période de dépression de la folie à double forme, in *Ann. méd.-psych.*, numéro de juillet 1882.

Traité clinique de la folie à double forme (folie circulaire, délire à formes alternes), 1 volume in-8° de 400 pages. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine, prix Falret, 1880, O. Doin, éditeur.

Un cas d'éthéromanie, in *Ann. méd.-psych.*, numéro de juillet 1888.

Article Délire du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* de Dechambre. En collaboration avec le professeur B. Ball.

Articles Démonomanie. Dipsomanie. Exhibitionnistes. Folie avec conscience. Folie à double forme. Folie du doute avec délire du toucher. Gâteaux. Homicide (Folie). Interdiction des aliénés. Isolement des aliénés. Panophobie. Persécution (Délire de), sitiophobie et alimentation forcée des aliénés. Suicide (Pathologie. Médecine légale et législation). Stupeur et stupidité du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* de Dechambre.

Article Paralysie générale du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* de Dechambre. En collaboration avec le Dr Jules Christían.

Les psychoses de la vieillesse. Rapport présenté au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Session de Bordeaux, 1895.

Traitement de la mélancolie, du *Traité de la thérapeutique appliquée*, publié sous la direction du professeur Albert Robin, Paris, 1898 ; 2^e édition, 1912.

Divorce pour cause de dissimulation d'accès de folie antérieurs au mariage, in *Ann. méd.-psych.*, numéro de janvier 1912.

Réhabilitation, après sa mort, d'un paralytique général condamné pour vol, in *Ann. méd.-psych.*, numéro de février 1912.

Sémiologie psychiatrique, in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, publié sous la direction de MM. Emile Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix (sous presse).

II. — MÉDECINE MENTALE : HISTOIRE ET CRITIQUE.

Histoire des travaux de la Société médico-psychologique et éloge de ses membres. Masson et C^{ie}, éditeurs, 2 volumes, 1913.

Ritti a réuni en ces deux volumes toute la partie proprement historique de son œuvre, à savoir : outre l'histoire des travaux et les éloges, la plupart des notices nécrologiques qu'il a écrites, les discours ou allocutions qu'il a prononcés en diverses circonstances : inauguration de la

statue de Pinel, des bustes de Baillarger et de J.-P. Falret, des bustes de Pinel et d'Esquirol à Toulouse et un historique du Congrès annuel des médecins aliénistes.

Son œuvre critique est restée disséminée dans des journaux et dans des revues; elle comprend des analyses bibliographiques en nombre considérable et des revues générales ou critiques dont voici les principales :

La Folie d'après les travaux de M. Maudsley, in *Revue scientifique*, numéro du 3 avril 1875.

L'enseignement de la psychiatrie en Allemagne. Feuilleton de l'*Union médicale* du jeudi 3 mai 1877.

Revue de psychiatrie. — I. Des rémissions dans la paralysie générale. — II. Aliénation mentale et diabète. — III. Un halluciné homicide, in *Union médicale*, numéro du jeudi 18 octobre 1877.

Diverses manifestations psychopathiques récemment décrites :

- I. De la folie du doute avec délire du toucher. —
- II. Les exhibitionnistes, in *Gaz. hebdom.*, 1877, n° 42.
- III. L'agoraphobie, in *Gaz. hebdom.*, 1877, n° 43.
- IV. Les aliénés gémissieurs. — V. Les aliénés migrants, in *Gaz. hebdom.*, 1877, n° 52. — VI. De l'attraction des sexes semblables. — VII. La folie jalouse. —
- VIII. Conclusions, in *Gaz. hebdom.*, 1878, n° 1.

De la paralysie générale progressive et de la classification des maladies mentales, in *Gaz. hebdom.*, 1878, n°s 31 et 32.

Congrès international de médecine mentale, in *Gaz. hebdom.*, 1878, n° 34.

Des rapports entre la syphilis et la paralysie générale, in *Gaz. hebdom.*, 1879, n° 46.

De la claustrophobie, in *Gaz. hebdom.*, 1880, n° 4.

Les cérébraux, in *Gaz. hebdom.*, 1883, n° 28.

Le nouveau projet de loi sur les aliénés à l'Académie de médecine, in *Gaz. hebdom.*, 1884, n°s 11 et 12.

De l'onomatomanie (Charcot et Magnan), in *Gaz. hebdom.*, 1885, n° 39.

Les aliénés persécuteurs, in *Gaz. hebdom.*, 1888, n°s 17 et 18.

Etiologie de la paralysie générale, in *Gaz. hebdom.*, 1888, n^{os} 43 et 45.

Des rapports de la paralysie générale et de la syphilis cérébrale, in *Gaz. hebdom.*, 1888, n^o 49.

III. — MÉDECINE MENTALE : MÉDECINE LÉGALE.

Consultation médico-légale sur l'état mental de M^{me} Agnellet au 13 février 1875. En collaboration avec M. Legrand du Saulle. 1 broch. de 16 pages in-8°. Paris, imprimerie de E. Donnaud, 1, rue Cassette, 1878.

Consultation médico-légale sur l'état mental et l'acte testamentaire de M. Alexis Brun. En collaboration avec M. Legrand du Saulle. 1 broch. in-8° de 28 pages. Paris, imprimerie Donnaud, 1, rue Cassette, 1879.

Ritti ne fut appelé que tout à fait exceptionnellement à faire œuvre de médecin légiste : il ne fut jamais inscrit sur la liste des experts près le tribunal de la Seine. En dehors des deux consultations citées plus haut, nous ne connaissons à son actif qu'un rapport médico-légal, resté manuscrit, dans l'affaire Hériot (accusation de séquestration arbitraire) [1889].

IV. — POSITIVISME.

Lettre au rédacteur en chef de la *Pensée nouvelle* sur un article publié par M. de Parville dans le *Journal officiel*, in *Pensée nouvelle*, numéro du 28 mars 1869.

Auguste Comte et le *Journal officiel*, in la *Philosophie positive*, numéro de mai-juin 1869.

La philosophie positive et M. A. Vernier, in *Morale indépendante*, numéro du 9 mai 1869.

Le positivisme et M. Durand (de Gros), in la *Philosophie positive*, numéro de mai-juin 1870.

Etude sur la folie au point de vue biologique et social. Articles de la *Philosophie positive*.

1^{er} Article, numéro de mai-juin 1876 : Chapitre I^{er}. Définition de la folie. Ses caractères principaux. Chapitre II. Des symptômes de la folie.

2^e Article, numéro de juillet-août 1876 : Chapitre III. Des

causes. Chapitre IV. Anatomie pathologique. Chapitre V. Classification de la folie.

3^e Article, numéro de novembre-décembre 1878 : Chapitre VI. De la folie comparée.

Un historien du positivisme, in *la Philosophie positive*, numéro de mai-juin 1879.

La Physiologie psychique en Allemagne, in *la Philosophie positive*, numéro de septembre-octobre 1880.

M. Etienne Vacherot et la loi des Trois Etats, in *la Philosophie positive*, numéro de mars-avril 1881.

M. E. Caro et le positivisme, in *la Philosophie positive*, numéro de novembre-décembre 1883.

Hugo Goering. Sophie Germain und Clotilde de Vaux. Ihr Leben und Denken. Analyse critique, in *Revue occidentale*, numéro de mars 1890.

Maximilian Brütt. Der Positivismus, nach seiner ursprünglichen Fassung dargestellt und beurteilt. Analyse critique, in *Revue occidentale*, numéro de juillet 1890.

Les fêtes du sixième centenaire de l'Université de Montpellier et le discours de M. Bourgeois, ministre de l'Instruction publique, in *Revue occidentale*, numéro de juillet 1890.

Un discours de M. Hippolyte Stupuy sur Sophie Germain, in *Revue occidentale*, numéro de novembre 1890.

Opinion de l'ex-premier ministre hova sur la question de l'esclavage à Madagascar, in *Revue occidentale*, numéro de mai 1896.

Thomas G. Masaryk. Essai d'une logique concrète. Classification et organisation des sciences. Analyse critique, in *Revue occidentale*, numéro de novembre 1896.

Hermann Lietz. Les problèmes relatifs à l'idée d'Auguste Comte sur la Société dans ses rapports avec l'ensemble de son système. Analyse critique, in *Revue occidentale*, numéro de novembre 1896.

Le salon de M^{me} Helvétius, in *Revue occidentale*, numéro de juillet 1897.

Le positivisme est-il une méthode ou un système? in *Revue occidentale*, numéros de novembre 1899 et janvier 1900.

Nécrologie. Hippolyte Stupuy, in *Revue occidentale*, numéro de juillet 1900.

Un chapitre de l'histoire du positivisme (à propos d'un nouveau résumé de la philosophie positive), in *Revue occidentale*, numéros de janvier, mars et mai 1902.

Cuistrocratie ou pédantocratie, in *Revue occidentale*, numéro de mars 1902.

Notice biographique sur H.-Ph. Deroisin, ancien maire de Versailles. Broch. in-8° de 70 pages. Georges Crès et C^{ie}, libraires-éditeurs, Paris, 1911.

V. — VARIA, CHRONIQUES, RAPPORTS, ETC.

Des extraits de viande, in *Union médicale* du mardi 30 juillet 1872, 3^e série, tome XIV.

Variétés scientifiques sur le bromhydrate de quinine, in *Bien public de Paris*, numéro du samedi 6 novembre 1875.

Des réformes à introduire dans l'enseignement médical ; à propos d'une brochure du professeur Hardy, intitulée : *De quelques modifications à introduire dans l'enseignement médical officiel*, in *Bien public*, numéro du lundi 22 novembre 1875.

Rapport sur le prix Esquirol, in *Annales médico-psychologiques*, numéro de septembre 1878.

L'aliénation mentale à l'Exposition universelle, feuilleton de la *Gazette hebdomadaire*, 1878, n° 45.

Rapport sur le prix Aubanel, in *Annales médico-psychologiques*, numéro de juillet 1879 et broch. in-12 de 16 pages.

Rapport sur le service médical de la division des dames (Maison nationale de Charenton) pendant la période décennale 1879-1888. Broch. in-8° de 50 pages. Typogr. Gaston Née, 1, rue Cassette, 1889.

Congrès international de médecine mentale. Paris, 1889. Procès-verbaux sommaires des séances. 1 vol. in-8° de 35 pages. Paris, 1890. Imprimerie nationale.

Article Charenton (Maison nationale de), de la *Grande Encyclopédie*, 1890.

Les aliénés en liberté. *Annales médico-psychologiques*, numéros de janvier 1903 et 1908.

Lettre au professeur Rémond (de Metz) sur la théorie de la folie maniaque dépressive. *Annales médico-psychologiques*, numéro de janvier 1911.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 26 AVRIL 1920

Présidence de M. PACTET, vice-président.

Suite (1).

Une épileptique anxieuse.

Par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et ANDRÉ GILLES.

La malade, dont nous vous soumettons ici le cas, sous ce titre « Une épileptique anxieuse », nous a paru intéressante par la complexité du tableau clinique qu'elle présente, mais surtout par ce fait qu'à l'analyse des symptômes il apparaît que ceux-ci relèvent de causes pathogéniques diverses, et qu'alors, ainsi, se posent des problèmes au sujet desquels nous attendons des éclaircissements d'une discussion, n'ayant pu nous-mêmes nous décider à conclusions fermes.

Le tableau clinique est représenté par un chevauchement d'accidents psychiques et d'accès convulsifs, sur un fond permanent de grande émotivité s'exacerbant fréquemment en paroxysmes anxieux.

Puis, lorsqu'on s'efforce d'analyser cet ensemble pour remonter à la pathogénie de ces phénomènes, on constate qu'ils expriment trois séries de troubles différents. D'abord, des accidents de la *série hyperémotive* : cette malade est une émotive constitutionnelle chez laquelle cet état morbide est très accusé et dont les manifestations constantes forment le fond psychologique du cas et souvent aboutissent à des crises dramatiques d'anxiété.

Puis, nous trouvons des accidents de la *série co-*

(1) Voir les *Annales* de juillet-août 1920.

mitiale qui éclosent à l'occasion de ces paroxysmes anxieux.

Puis encore plus loin, dans l'obésité, dans la ménopause d'une part, dans le strabisme et le nystagmus d'autre part, nous rencontrons des troubles rattachables à une *série endocrine et neurologique*.

L'étude de ceux-ci échappe en partie aux recherches du fait même de la symptomatologie émotionnelle : lorsqu'on veut tenter quelque épreuve de contrôle, il suffit de l'appréhension de manœuvres aussi inoffensives que le Barany ou la simple mesure de la tension artérielle au Pachon, pour déterminer chez la malade une crise d'angoisse à réactions intenses.

Voici l'histoire de cette malade.

M^{me} B. A... est aujourd'hui âgée de quarante-neuf ans.

Elle a été l'objet d'un premier internement en 1909 à Sainte-Anne et à Villejuif.

Elle a été internée à nouveau en juin 1911.

Elle est à Sainte-Anne depuis cette époque et de nombreux observateurs ont décrit les symptômes qu'elle a présentés. Ces symptômes se reproduisent avec une identité remarquable.

Ce sont, d'une part, des *crises convulsives* en séries subintrantes survenant par intervalles et, d'autre part, des troubles psychiques précédant et suivant ces accès : troubles caractérisés par de l'anxiété intense liée à des hallucinations visuelles terribles, s'accompagnant de réactions impulsives au cours desquelles la malade cherche à se blesser et manifeste l'intention de se suicider.

Ces accidents ont écloé chez M^{me} A... assez tardivement. Elle avait trente-cinq ans lors de la première crise.

L'ACCIDENT INITIAL. — Nous allons tout d'abord résumer les symptômes présentés lors de l'accident initial.

« Après une contrariété », M^{me} A... est tombée d'une échelle comme une masse. Elle est restée environ une demi-heure sans connaissance. Il n'y aurait pas eu alors de mouvements convulsifs. Il n'y a pas eu d'énurésie, ni de morsure de la langue. A la suite elle a éprouvé de la courbature et elle a déliré pendant quatre jours, en proie à des hallucinations visuelles où elle voyait des fleurs et des rubans. Au réveil, elle avait une amnésie complète portant sur ces quatre journées.

Consécutivement, elle eut des crises fréquentes, jusqu'à trois par jour, identiques à ce premier accès.

L'observation signale qu'il n'a pas été manifesté alors de vertiges, de fugues, d'équivalents psychiques.

Dans l'intervalle des accès, l'état mental de la malade était caractérisé par des manifestations d'hyperémotivité : peurs, soubresauts, cauchemars nocturnes, hallucinations visuelles.

UNE CRISE TYPIQUE. — Ces symptômes se sont reproduits après l'admission de la malade dans le service de M. Gilbert Ballet. Nous prenons au hasard, dans la série des observations qui s'échelonnent de 1909 à ce jour, une description qui date de 1914. On nous dit alors :

a) *Avant*. — La crise est précédée parfois pendant plusieurs heures d'hébétude, d'obtusité. En même temps la malade manifeste une agitation anxieuse, elle va et vient de façon désordonnée, cherche à se cacher dans les coins. Elle a alors des hallucinations visuelles effrayantes, elle est dans un état de peur continuelle, tressaille au moindre bruit, prend des attitudes de supplication. Il y a quelquefois en plus procursio : la malade s'échappe du dortoir en courant et, au bout de quelques mètres, tombe en crise.

b) *Pendant*. — Voici comme on nous décrit alors la crise : chute brusque, d'ordinaire sur le côté. M^{me} A... présente à ce moment de la raideur de tous les membres ; cette phase tonique qui dure une dizaine de minutes n'est coupée que par quelques mouvements cloniques espacés.

La face est vultueuse, violacée.

c) *Après*. — Aussitôt après, la malade passe par une phase d'agitation désordonnée : elle veut se lever, se sauver. Elle fait des tentatives de suicide ; elle avale de l'eau de Cologne, des épingles ; essaie de s'étrangler avec un drap. Ceci dure une heure, puis elle s'endort ou bien reste hébétée, confuse.

Cette période d'obtusité dure parfois une demi-journée. La lassitude de M^{me} A... est extrême, sa langue empâtée. Elle répond mal aux questions, sans précision, disant ne pas se rappeler. Elle est toujours inquiète, tressaillant au moindre bruit. Elle pleure, gémit, demande à s'en aller, manifeste des idées de suicide, veut se défenestrer et escalade les impostes.

Dans l'intervalle. — Dans l'intervalle des crises M^{me} A... est gaie, tranquille, serviable, active ; elle ne réclame pas sa sortie.

On nous dit encore à cette époque : ces crises se reproduisent tous les deux ou trois jours. Leur fréquence et leur répétition ne paraissent pas influencées par le bromure, bien que le traitement ait comporté la dose quotidienne de 5 grammes.

Il serait fastidieux de passer en revue tous les accès survenus au cours de ces dix années, car leur description montre l'identité complète des symptômes présentés.

Toujours, au cours d'un état de demi-somnolence et d'obtusité avec réactions anxieuses, des paroxysmes émotionnels, avec

idées de suicide et impulsions, s'accompagnant d'hallucinations visuelles terrifiantes (squelettes, faces grimaçantes et menaçantes) et d'autre part crises convulsives subintrantes suivies d'amnésie portant sur la période paroxystique.

Episodes. — Nous signalerons cependant, comme faits nouveaux, qu'en décembre 1914, la malade a présenté, à l'état d'ébauche, des phénomènes de désagrégation de la personnalité, phénomènes que nous retrouvons encore aujourd'hui, sans qu'il paraisse qu'ils se soient accrus. Il semble qu'il y ait là une objectivation en dedans de l'anxiété. Elle dit : « J'entends ma conscience qui me parle. C'est ma voix. Elle me dit : « crève donc ! » C'est ma propre voix qui me dit cela, non au dehors, mais dans ma personne. Mais elle me parle durement, comme une étrangère et je suis forcée de lui obéir. »

Hallucinations psychiques frustes qui ne se sont jamais objectivées. On n'a jamais constaté d'hallucinations auditives.

En 1915, à la suite des conseils ainsi donnés par « sa conscience », la malade a refusé de s'alimenter. Il a fallu la nourrir à la sonde ; sa voix lui disait alors : « Tu en as assez de l'existence ».

Périodicité, évolution. — Nous noterons encore ces renseignements intéressants sur la périodicité et l'évolution.

Les crises, qui survenaient au début tous les jours, s'espacent. Les intervalles s'étendent et, actuellement, la malade, qui sort de crise, était restée depuis le mois de janvier sans présenter d'accidents convulsifs.

Les dernières observations constatent que depuis quelques années les crises ne reviennent plus que tous les mois, puis tous les deux mois, et maintenant tous les trois mois avec une durée d'une huitaine de jours. Cependant au cours des paroxysmes les symptômes psychiques et convulsifs conservent toute leur acuité.

Pendant les périodes intermédiaires, où prédominent des troubles de l'émotivité et du caractère, où subsistent, effacés, mais latents cependant, les troubles psychiques et sensoriels, il ne semble pas qu'on ait pu noter pendant ces dix années d'aggravation.

Etat actuel. — 1° *Crises.* Actuellement, la malade est entrée en crise au début du mois après une trêve d'un trimestre. Crises subintrantes dont le nombre a été jusqu'à cinq par jour. Entre ces paroxysmes convulsifs, elle reste hébétée, somnolente, elle se réveille par instants pour demander qu'on la laisse se jeter par la fenêtre.

Y a-t-il confusion à proprement parler dans cet état confusionnel post-paroxystique ? La malade est orientée ; elle reconnaît l'entourage.

Elle est surtout terrorisée par ses hallucinations. Ce sont toujours des visions terrifiantes.

Elle présente du nystagmus. (Ce signe a déjà été signalé antérieurement par un observateur.)

Ce nystagmus, qui existe longtemps avant l'accès convulsif, se prolonge au delà du réveil, coïncide avec les hallucinations, mais ces deux phénomènes ne sont pas entièrement parallèles. M^{me} A... a eu des hallucinations sans qu'apparaisse le nystagmus. Le 15 janvier, nous avons noté du nystagmus sans que la malade ait accusé de troubles sensoriels.

Le 2 avril, les accès convulsifs s'espacent. L'anxiété reste intense ainsi que les hallucinations. Le 4 avril, il n'y a plus de crises. La malade reste dans un état de somnolence stuporeuse dont elle n'est tirée que par des impulsions violentes; elle essaie de se frapper la tête contre son lit. Elle gémit, pleure. Elle répond quand on l'interroge, elle est anxieuse, elle est terrorisée par ses hallucinations visuelles qu'elle nous décrit, et manifeste des idées de suicide.

2° *Période intermédiaire.* a) *Etat somatique.* — Un examen, pratiqué quelque temps avant la crise, dans la période intermédiaire, nous a permis de constater les faits suivants au point de vue somatique.

Réflexes tendineux vifs.

Pupilles paresseuses, mais réagissant bien, strabisme externe à gauche.

Erythème. Cyanose légère, tendance à l'adiposité, extrémités froides.

Tension artérielle au Pachon : maxima, 24; minima, 16.

Oscillations : 3 à 4 divisions.

Pas d'indices appréciables de syndrome cérébelleux.

Il est impossible d'interpréter les épreuves labyrinthiques, étant donné les réactions émotionnelles de la malade.

Les accidents ne sont pas en rapport avec des troubles menstruels.

Appétit normal. Constipation habituelle. Ni albumine, ni sucre.

b) *Etat psychique.* — Ce même examen nous permet d'analyser l'état mental de la malade dans la période intercalaire.

α *L'hyperémotivité.* — Il est dominé par l'hyperémotivité et un certain degré de suggestibilité : il est facile de provoquer une crise anxieuse. L'émotivité est déclenchée par le moindre événement qui se passe dans la salle : une porte qui fait du bruit, un cri de malade. Passe-t-on la sonde à une de ses voisines, M^{me} A... devient anxieuse, se sent tout près de vomir. « C'est comme si on passait la sonde dans son propre estomac, elle la sent descendre. »

L'observation signale que lors des raids de gothas, ceux-ci étaient l'occasion de manifestations anxieuses intenses, véritables crises émotives qui s'accompagnaient d'hallucinations et de terreurs.

Il y a toujours, moins accentuées que dans la période paroxystique, mais persistant cependant, des hallucinations visuelles, des impulsions, des idées de suicide.

β *Fond mental.* — Au point de vue du fond mental, la caractéristique est l'obtusion. Il y a toujours eu de la débilité, mais il y a, en plus, de l'obtusion stuporeuse. Nous notons une lenteur marquée des processus intellectuels. La parole est lente, embrouillée, les idées s'associent avec un retard considérable. L'évocation des souvenirs est difficile, non qu'il y ait aprosexie, mais plutôt torpeur. M^{me} A... évoque assez bien les souvenirs anciens, même postérieurs à son entrée dans le service, mais elle éprouve une grande difficulté à rappeler les faits récents. Il semble qu'elle fixe très mal.

L'*affectivité* est normale vis-à-vis de la famille et de l'entourage; elle est même avivée par l'intensité des réactions émotives. Les idées de suicide ne sont ici qu'une perversion de l'hétéro et de l'auto-affectivité: « Elle souffre trop, dit-elle, et fait de la peine aux siens, elle ne peut supporter que la tare dont elle subit les effets puisse être héréditaire et entacher ses enfants. »

γ *Caractère.* — Au point de vue du caractère, nous notons que la malade s'occupe du service, aide les infirmières avec complaisance. Elle est obséquieuse, presque souriante, malgré son trouble, dès qu'on lui adresse la parole. Mais parfois elle a des accès de jalousie, elle est susceptible. Sous une attitude résignée, passive, il faut cependant la surveiller: elle cherche à dérober les flacons de pharmacie dans l'intention de s'empoisonner: « elle s'y sent poussée malgré elle ». Notons au passage que les idées de suicide et les tentatives sont niaises et puériles.

ANTÉCÉDENTS. — Que trouvons-nous dans son passé?

M^{me} A... est originaire de l'Oise; elle habitait la banlieue, elle était cartonnière.

a) *Personnels.* — Elle a attendu l'âge de trente-cinq ans avant le premier accident.

Elle a été mariée; elle a eu deux enfants qui se portent bien. Accouchements normaux sans éclampsie. Pas de fausses couches. Elle travaillait, se surmenait même. Elle n'a jamais fait de maladie grave.

On nous dit qu'elle a toujours été à la fois gaie, enjouée, mais aussi impressionnable exagérément.

Toutefois, si nous allons plus avant dans son passé, nous trouvons qu'elle a présenté des accidents dans le bas âge, et

ceci jusqu'à l'âge de sept ans. Il y a donc trois périodes dans sa vie. Dans la première enfance, des troubles que nous allons décrire. De sept ans à trente-cinq ans, une longue phase où elle fut normale. Et à partir de ce moment, l'état où nous la voyons aujourd'hui.

Elle est née à terme. Dans ses premiers jours, elle a eu des *convulsions*. A cinq semaines, on a constaté du nystagmus. A six semaines, du strabisme convergent. Elle a eu, jusqu'à l'âge de sept ans, des énurésies nocturnes; elle avait aussi de violentes colères. Puis tous ces accidents se sont amendés. A l'école, elle apprenait mal; on la considérait comme une élève peu douée.

Au point de vue somatique, on n'a noté, à l'entrée dans le service, aucun indice autre que le strabisme.

b) *Héréditaires*. — Du côté de ses ascendants, on ne trouve pas de tares psychopathiques, ni névropathiques. Pas d'alcoolisme reconnu. Mais nous retenons que sa mère était impressionnable à l'excès et son père vil, emporté, coléreux. Elle a eu trois frères et deux sœurs; ces dernières sont dyspeptiques et très nerveuses.

En résumé, à part les épisodes du bas âge, pas de tares psychopathiques nettes, mais, tant chez elle-même que chez ses ascendants, une constitution émotive accentuée.

Devant ces faits, le diagnostic qui a été posé a été celui d'*épilepsie avec troubles mentaux liés aux attaques chez une débile*. C'est à ce diagnostic d'épilepsie que nous nous rallions.

Et cependant, nous voyons que ce diagnostic semble n'avoir satisfait entièrement aucun des observateurs. Tout au long de l'observation, nous notons des réserves. Et, en effet, il nous semble que presque tous les symptômes présentés offrent matière à discussion. Nous allons donc en entreprendre la critique.

CRITIQUE DES SYMPTÔMES

A. *La crise convulsive*. — La nature épileptique de la crise est-elle démontrée?

En somme, elle se réduit à ceci de positif : attaque brusque de convulsions presque exclusivement toniques, avec congestion vultueuse de la face et nystagmus, s'accompagnant d'état second suivi d'amnésie.

Il manque donc ici, comme souvent d'ailleurs, la suc-

cession classique du cri, des phases toniques et cloniques, la période de stertor. Il manque encore les petits signes : morsure de la langue, écume, amnésie.

D'autre part, ces accidents ne sont apparus qu'à un âge tardif, alors qu'un observateur signale que jamais auparavant on n'a pu noter rien qui ait la valeur d'un équivalent.

Le traitement par le bromure est inopérant.

Nous avons dit tout à l'heure *état second*, plutôt que perte de connaissance. En effet, bien que la malade tombe brusquement, jamais, depuis dix ans que ses crises sont fréquentes, elle ne s'est blessée dans sa chute. Ailleurs, on nous dit : « Elle se laisse tomber sur le côté ».

B. *Les hallucinations*. — Si nous étudions les symptômes psychiques, nous constatons que cette crise convulsive est noyée dans un état anxieux, hanté d'hallucinations visuelles, qui précède et suit l'attaque. Et celle-ci, par sa courte durée, n'a plus, dans l'ensemble, qu'une valeur épisodique.

Il y a d'abord anxiété avec hallucinations et impulsions, puis crise convulsive fugace, puis à nouveau anxiété avec hallucinations et impulsions.

Qu'il s'agisse donc d'aura ou de confusion post-paroxystique, nous constatons que l'acmé anxieuse et hallucinatoire va croissant à mesure que s'accroît un état psycholeptique qui englobe toute la période de crises subintrantes, qui dure en moyenne une semaine.

Les auteurs (1), Falret, Féré, Voisin, Dutil, Gilbert Ballet, s'entendent pour signaler l'hallucination visuelle et, en particulier, les hallucinations terrifiantes, comme étant un symptôme presque constant des délires pré- et post-paroxystiques de l'épilepsie.

Cependant, lorsque nous lisons, au sujet de l'état mental de l'hystérie, Gilles de la Tourette, Pitres,

(1) Féré. *Épilepsie et épileptiques*. — F. Voisin. *L'épilepsie*. — Gilles de la Tourette. *Traité de l'hystérie*. — Gilbert Ballet. *Rapports entre l'hystérie et la folie*. — H. Colin. *État mental des hystériques*. — Klippel. *Délire*, in Debove et Achard. — Tixier. *Rapport des états anxieux et des états épileptiques*. — Devaux et Logres. *Les anxieux*. — Yawger. Les manifestations mentales de l'épilepsie (*Journal of abnormal Psychology*, février 1913).

Klippel, Henri Colin, nous voyons ces mêmes hallucinations visuelles, dont certains signalent l'analogue avec les hallucinations zoopsiques de l'alcoolique, être décrites parmi les troubles qui précèdent ou suivent l'attaque. P. Richer nous dit même que les hallucinations sont la raison d'être de la phase convulsive hystérique elle-même.

Nous ne pouvons donc leur accorder en l'occurrence une valeur pathognomonique.

Or, chez notre malade, à l'analyse, ces phénomènes se présentent comme des visions hypnagogiques plutôt que comme des hallucinations vraies. Quand on réveille la malade de sa torpeur et qu'on lui demande ce qu'elle voit, elle répond : « Ce sont des images horribles, des figures grimaçantes. Elles défilent devant mes yeux sans interruption, comme un cinématographe. Elles avancent, elles reculent. Ce sont des têtes de morts, des visages mutilés. Peut-être sont-ce des têtes de gens de ma famille : dès que je pense à quelqu'un des miens, sa figure se présente à moi grimaçante, tout abîmée. Je suis bouleversée. Faites cesser ce spectacle. J'aime mieux mourir. »

Secondairement, des idées de suicide, et, moins nettes, en simple ébauche, des idées de culpabilité, d'indignité, de châtiment, de persécution, fugaces, non systématisées, accompagnent ces hallucinations. Mais ce délire est doux, plaintif, en contraste avec la violence des impulsions qui poussent la malade à se frapper la tête contre son lit.

Et, devant ce tableau, nous ne pouvons nous empêcher de penser à ces états épileptoïdes hypnagogiques que Krafft-Ebing caractérise ainsi : « Troubles psychiques ne se rapportant ni au grand mal ni au petit mal, mais se présentant comme des phénomènes hypnagogiques sous forme de phrénoplexie, d'aimées pulsifs, de rêvasseries. »

Néanmoins, dans notre cas, il y a plus.

Amnésie. — Quant à l'amnésie, elle n'implique qu'une notion, celle d'état second, lequel n'est pas forcément épileptique. Nous nous rappelons, cependant, que Krafft-Ebing rattache à l'épilepsie les états hypnagogiques, et Ottolenghi les états crépusculaires.

De cette critique des symptômes, il nous paraît ressortir qu'aucun ne présente une valeur décisive qui puisse emporter un diagnostic.

Si cependant, malgré la défaillance et le caractère indécis de ces symptômes, nous penchons vers l'épilepsie, c'est bien à défaut de trouver une épithète plus satisfaisante.

Un instant, nous avons pensé dire : anxiété paroxystique hallucinatoire et convulsive.

Et pourtant, nous sommes enclins à donner à ce cas le qualificatif de comitialité : crises épileptiformes, état épileptoïde, et nous basons cette impression sur la constatation des impulsions, sur la torpeur, sur la répétition identique des symptômes présentés.

Les impulsions. — Les impulsions, qu'accusent la malade, et que nous constatons, sont violentes, irrésistibles.

Et, cependant encore, quand nous en faisons la critique, nous ne pouvons nous empêcher de remarquer que depuis dix ans que la malade les subit, depuis dix ans qu'elle entend la sollicitation de ses idées de suicide, elle n'a jamais commis un acte grave. Certes, ceci peut juger de l'excellence de la surveillance, mais sans doute aussi de certain empire de la malade sur ces appels morbides, si ce n'est même de quelque manque de conviction. Néanmoins, l'allure procursive de certaines impulsions est assez caractéristique.

Torpeur, obtusion. — Parmi les indices épileptiques, peut-être pouvons-nous noter par ailleurs l'obtusion : l'état de demi-torpeur est constant ; le ralentissement des processus intellectuels, que présente en tout temps la malade, nous paraît particulièrement imputable au mal comitial.

Répétition identique des symptômes. — En faveur de l'hypothèse d'épilepsie, nous notons d'autre part encore ce fait caractéristique : depuis dix ans, les phénomènes se reproduisent avec une identité remarquable : similitude des accès, des phases anxieuses, monotonie des idées délirantes, répétition des mêmes réactions.

Car nous rappellerons, à ce sujet, l'opinion des classiques sur l'aura : « Ces phénomènes épileptiques, variables selon l'individu, apparaissent toujours iden-

tiques chez le même individu et liés aux mêmes troubles moteurs, sensoriels ou sensitifs. »

De cette analyse, que ressort-il ? Ceci, que lorsque nous pensons à l'épilepsie, nous ne nous fondons sur aucun indice positif et n'écoutons qu'une impression. Tout ce que la clinique nous autorise à affirmer chez cette malade, c'est qu'elle est une émotive qui, au cours de paroxysmes anxieux, fait des accès convulsifs.

Discussion. — Il nous paraît donc qu'en cette matière le diagnostic doit être réservé.

Lorsque, au début de cette observation, nous avons essayé de résumer la symptomatologie de ce cas, nous avons été amené à classer les phénomènes présentés en trois séries, neurologique, comitiale, hyperémotive, chacune relevant ainsi d'une idée pathogénique.

D'abord, du fait du *strabisme*, du *nystagmus*, nous avons décrit une série neurologique, réservant ainsi l'hypothèse d'une lésion irritative du névraxe.

La notion des troubles *endocriniens* est à retenir, de même celle d'anaphylaxie, étant donné le rythme régulier, le cyclisme des accès. Mais ici l'observation n'a rien pu nous apprendre non plus que l'anamnèse ; non plus que l'âge d'apparition des troubles ait révélé un rapport avec la fonction menstruelle.

Sur ce plan profond, dont les données lointaines nous échappent, nous pressentirons, plus que nous ne pourrions l'établir, le substratum organique du syndrome. Mais au point de vue clinique, si nous restons sur ce terrain, nous serons réduits aux hypothèses sans pouvoir rien fonder sur des constatations objectives.

Nous chercherons donc dans la série des manifestations convulsives et anxieuses.

Or, nous avons vu à quoi se réduisait la série comitiale.

Reste la série hyperémotive. C'est sous cet angle que le cas s'éclaire de façon relativement satisfaisante, car c'est en fonction de l'anxiété qu'arrive à s'expliquer l'ensemble de la symptomatologie.

Symptomatologie en fonction de l'anxiété. — Nous avons vu que sous un aspect passif, endormi, l'état habituel de la malade est celui d'une émotivité morbide, d'une inquiétude perpétuelle avec paroxysmes anxieux.

Le paroxysme est alors contemporain d'hallucinations, d'impulsions ; il s'accompagne de pleurs, de terreurs, d'idées délirantes de suicide.

C'est au cours d'un de ces paroxysmes anxieux que se déclenche la crise convulsive. De l'état d'obtusion où se trouve habituellement la malade, elle passe dans un état hypnagogique. L'anxiété est alors à son apogée, les symptômes psychiques et hallucinatoires visuels s'exacerbent et pendant quelques jours la malade est en proie à des accès convulsifs subintrants mais qui, chacun, ne durent que quelques minutes.

Puis les accès convulsifs s'espacent. La malade se réveille peu à peu, mais les hallucinations et les troubles psychiques, qui diminuent en acuité, ne s'effacent que peu à peu et ne disparaissent jamais entièrement.

La malade présente au réveil une amnésie complète des accidents convulsifs, une amnésie imparfaite des troubles hallucinatoires et impulsifs. Elle n'est jamais entièrement désorientée.

Il peut y avoir des paroxysmes anxieux qui sont toujours contemporains d'hallucinations visuelles terrifiantes, sans que ces accès aboutissent à des crises convulsives.

Nous pouvons nous demander alors dans quels rapports sont l'*anxiété*, d'une part, les *hallucinations* et les *impulsions* d'autre part, puis la *crise convulsive* ?

Ces hallucinations du type ouïrique, ces impulsions, ces convulsions nous paraissent pouvoir être ramenées sur un même plan. Il s'agit du déchaînement de l'automatisme au cours d'un état hypnagogique. Peut-être trouverons-nous dans les idées de P. Janet que chacun de ces symptômes ne relève pour sa part que d'un degré plus profond de l'état second.

Il reste, cliniquement parlant, que l'état morbide de l'émotivité est constant chez cette malade. L'anxiété survient et, avec elle, les hallucinations. Sous l'influence des hallucinations, l'anxiété augmente et la malade accuse ses visions horribles de déterminer sa frayeur. Elle accuse sa terreur de déterminer ses impulsions, de lui dicter ses idées de suicide. Puis, en fin de compte, elle prétend ne se souvenir de rien. Ainsi, dans cette interprétation toute subjective, la

malade, lorsqu'elle veut bien nous la donner, ne juge-t-elle que des effets et non des causes.

De tout ceci, nous retiendrons qu'après la critique des divers symptômes, les éléments positifs qui subsistent nous autorisent à définir ce cas de troubles psychiques, sensoriels et convulsifs en fonction de l'anxiété.

Nous hésiterons cependant à affirmer qu'il s'agit là d'*anxiété paroxystique hallucinatoire et convulsive*, et nous nous garderons d'être trop exclusifs, en nous contentant de constater une fois de plus ce voisinage troublant de l'anxiété et de l'épilepsie. Nous rappellerons à ce sujet les conclusions de Tixier (« Rapports des états anxieux et des états épileptiques ») qui dit notamment : « Il y a des rapports de coexistence et des analogies de nature entre les états anxieux et les états épileptiques. Ils semblent se développer sur un même terrain mental, la psychasthénie » — et à ce sujet nous notons que M^{me} A... a toujours été une obsédée. — Le même auteur dit encore des états anxieux et des états épileptiques : « Ce sont des phénomènes de dérivation motrice ou émotionnelle à l'occasion d'un abaissement de la tension psychologique; les états anxieux peuvent constituer de véritables équivalents psychiques de l'épilepsie. » Devaux et Logre, dans leur étude sur les anxieux, nous parlent aussi de ces « équivalents anxieux ».

Néanmoins, il ne nous a pas semblé que le cas présent, si marqué dans ses manifestations si particulières, pût se définir dans des termes d'équivalence; aussi avons-nous qualifié, à défaut d'autres précisions, notre malade d'épileptique anxieuse.

En tous cas, la *crise émotive anxieuse* est-elle le *primum movens*, l'angoisse suffit-elle à jeter cette malade dans ce délire sensoriel et moteur? Ou bien n'est-elle que l'aura, l'*avertissement affectif du malaise profond qui va déterminer ces accidents*? L'anxiété ne fait-elle que traduire au même titre que les autres symptômes, mais avec une priorité due à la sensibilité même du sujet tenant à sa constitution morbide le processus d'intoxication, d'anaphylaxie ou d'irritation dont peut relever l'affection?

En pensant physiologiquement, on pourrait supposer

que les convulsions de la première enfance furent l'expression clinique d'une atteinte infectieuse encéphalo-méningée ayant laissé comme séquelle une sclérose d'un point quelconque du système cérébelleux. Ainsi s'expliquerait le nystagmus, observé dès six semaines, et réapparaissant lors des paroxysmes convulsifs. Ainsi s'expliqueraient de même les attaques épileptiques, l'épilepsie étant considérée comme un syndrome paroxystique à substratum lésionnel, souvent cicatriciel, de localisation infectieuse méningo-corticale.

Quant à l'anxiété, elle s'expliquerait d'une part en fonction de l'hyperémotivité constitutionnelle du sujet (constitution dans laquelle d'ailleurs la cause des convulsions a peut-être joué un rôle) et, d'autre part, en fonction des modifications humorales (exotoxiques contingentes, auto-toxiques endocriniennes, ou colloïdoclasiques à rechercher) qui sont avec l'épine organique la cause habituelle des crises épileptiques et qui jouent de même un rôle dans le déterminisme de beaucoup d'états anxieux tels que ceux qu'on observe chez les mélancoliques et les confus. Les variations quantitatives dans le temps de ce facteur humoral expliqueraient la coïncidence, dans les périodes de crises, des manifestations anxieuses, confusionnelles et épileptiques.

Quoi qu'il en soit, la physionomie de ce cas nous a semblé particulière bien que nous devions signaler qu'il ne doit pas être des plus rares, car l'un de nous a pu observer, à la Maison de Charenton un cas superposable ainsi que d'autres analogues aux armées. Il nous a paru cependant que ce cas valait de vous être soumis de ce fait que, si dix ans d'observation ont pu en préciser le tableau clinique, sa complexité diagnostique ne laisse pas de susciter à son sujet quelques problèmes intéressants.

SÉANCE DU 31 MAI

Présidence de M. PACTET, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance d'avril. Le secrétaire général communique les pièces de la correspondance qui comprend des lettres de MM. les docteur Vian, Logre et Livet qui sollicitent le titre de membre correspondant.

Rapport de candidature.

M. HENRI COLIN. — Messieurs, vous avez chargé une Commission composée de MM. Briand, F. Massus, Colin rapporteur, de vous présenter un rapport sur la candidature du Dr Jules-Pierre Renaux qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre correspondant.

Ancien interne des asiles de Rennes et d'Evreux, M. Renaux était venu compléter son éducation clinique à l'asile de Villejuif et il se préparait au concours de l'adjuvat lorsque survint la guerre. Bien que réformé il s'engagea dès le début des hostilités et fit une partie de la campagne comme médecin auxiliaire d'un régiment d'infanterie. Tout en remplissant ses obligations militaires il eut le louable souci de songer à enrichir ses connaissances psychiatriques en utilisant les éléments nouveaux qui s'offraient à son observation. Ayant eu l'occasion d'étudier des *Etats confusionnels consécutifs aux commotions par explosifs*, il en fit le sujet de sa thèse, rédigée au cours d'une convalescence, en 1915. Cette thèse est, la date en fait foi, l'un des premiers travaux consacrés à cette importante question qui devait ultérieurement fournir la matière d'une abondante littérature. M. Renaux n'a pu, à l'époque, et pour cause, utiliser une riche documentation ; il n'a eu que plus de mérite à exposer avec méthode et à commenter judicieusement ses propres recherches. Il a bien mis en lumière différents points qui devaient être vérifiés par d'autres auteurs : l'importance de la prédisposition, le rôle respectif de l'émotion et de la commotion, la distinction entre les accidents immédiats et les séquelles,

toutes remarques qui sont d'un observateur sagace et d'un esprit critique avisé. Plus tard il fut attaché au centre psychiatrique de la V^e région, et, après l'armistice, au service central de psychiatrie au Val-de-Grâce.

En collaboration avec M. Demay il a communiqué l'année dernière, à notre Société, la curieuse observation d'un *délirant interpréteur* qui, bien qu'ayant combattu en première ligne, *ne croyait pas à la réalité de la guerre*, et que son délire amena au refus d'obéissance. Plus récemment, à la Société clinique de médecine mentale, il analysait, avec le même collaborateur, un *Délire hallucinatoire survenu chez un mangeur d'opium un mois après le sevrage*; les auteurs expliquaient l'apparition des troubles mentaux par l'adjonction au facteur toxique d'un élément émotionnel apparu tardivement.

Votre Commission a jugé que M. Renaux a fait la preuve d'une activité déjà féconde, consacrée à notre spécialité et que sa demande mérite être accueillie favorablement. Il vient d'ailleurs de passer avec succès le concours de l'adjuvat des asiles et après avoir été le collaborateur de Magnan qui le tenait en particulière estime, il seconde maintenant notre collègue Fillassier dans la direction de la maison de santé de Suresnes. J'ai pu moi-même depuis longtemps déjà apprécier ses qualités professionnelles, son activité, son intelligence avertie et son entier dévouement aux malades, et je suis heureux d'être aujourd'hui l'interprète de votre Commission et de vous proposer de l'admettre parmi nous en qualité de membre correspondant.

M. Renaux est élu membre correspondant à la majorité des membres présents.

**De la dualité fondamentale des processus associatifs
et des processus affectifs
dans les syndromes mentaux.**

Par H. PIÉRON.

Dans l'important exposé de leurs conceptions qu'ils ont apporté à la Société médico-psychologique, MM. Toulouse, Juquelier et Mignard me paraissent avoir insuffisamment différencié les troubles associatifs, intellec-

tuels, et les troubles affectifs de conduction. Je crois en effet que, pour éclairer les mécanismes psychopathologiques, il est nécessaire de songer constamment à la dualité fondamentale des deux grandes sphères associative et affective, et je voudrais insister ici sur cette dualité.

1° Point de vue biologique.

Chez tout animal, si inférieur soit-il, on pourrait même dire chez tout organisme, on constate une activité régie par des tendances élémentaires, avec une certaine régulation affective dirigeant le sens positif ou négatif, des réactions. Si le jeu de la régulation affective était troublé, la désadaptation de l'activité amènerait la disparition rapide de l'organisme.

Au cours du perfectionnement évolutif, chez les animaux plus évolués, on constate que, dès la naissance, se manifeste un bagagé, un « équipement » héréditaire composé de tendances multiples, résultant de l'expérience ancestrale, composé d'instincts nombreux et divers. Ces tendances sont d'ailleurs susceptibles d'être modifiées dans une certaine mesure par l'expérience individuelle. L'adaptation des tendances à la suite des « essais et erreurs » de Jennings se rencontre déjà chez les organismes élémentaires, comme les protozoaires de Metchnikov, qui apprennent très bien à ne plus absorber des particules de carmin.

Mais, à côté et au-dessus de cette modification des réponses à des stimuli actuels, il y a, à un certain stade de l'évolution, un enregistrement véritable de l'expérience passée, un enregistrement associatif, qui va permettre la substitution aux « essais et erreurs » de ce que Yerkes appelle le « comportement idéatif » : grâce à la possibilité d'évoquer des expériences, il pourra se faire une économie d'essais et de tâtonnements. L'intelligence, « technique d'essais de réaction », dit Claparède, se manifeste ; elle substitue à l'anticipation élémentaire, automatique, impliquée par les premières formes d'adaptation, où j'ai pu la mettre en évidence à plusieurs reprises, une anticipation par prévision grâce à l'instrument d'économie qu'est l'appareil associatif. Le raison-

nement, qui représente la forme technique la plus parfaite de cette catégorie de processus, consiste essentiellement à prévoir un résultat, et à se passer ainsi d'une expérience, dont, en se fondant sur les acquisitions antérieures, on reconstitue la genèse et l'aboutissement.

Ce fonctionnement intellectuel — qui comporte des automatismes mnémouiques — est utilisé pour les besoins de l'activité elle-même, régie par les tendances, et, dès lors, il est mobilisé et dirigé par les tendances.

C'est une des grosses erreurs de la psychologie intellectualiste construite dans les nnages de la métaphysique, et dont nos esprits sont restés imprégnés, que d'envisager comme des opérations mentales isolées se suffisant à elles-mêmes : la mémoire, l'association des idées, l'imagination, le raisonnement, etc. La psycho-analyse a en le mérite de souligner le rôle des facteurs affectifs dans l'association des idées ; le rôle des sentiments et des tendances dans les processus d'attention, et même dans tous les processus logiques, a été analysé de façon fort intéressante par Rignano. Dans la « logique affective » de Ribot le rôle des sentiments est évident, mais toute logique est affective, car, si un raisonnement, pris isolément, peut répondre à un automatisme intellectuel, en se conformant à un modèle général, à une technique sociale apprise, une suite de raisonnements, c'est-à-dire une pensée véritable, est toujours régie par des tendances, qui ont leur traduction intellectuelle dans ce qu'on appelle les « jugements de valeur », qu'on trouve à l'origine de toute activité.

C'est que processus affectifs et processus associatifs s'intriquent assez étroitement, et, dans les sentiments supérieurs, des données intellectuelles très complexes se mêlent aux impressions affectives ; les tendances se subdivisent et se multiplient en fonction d'une expérience de plus en plus riche, d'autant plus riche, qu'entre l'équipement congénital d'instincts, et les acquisitions personnelles, l'homme civilisé reçoit, par l'éducation, un résumé de l'expérience sociale, d'acquisition individuelle, mais d'origine collective.

Les sentiments et tendances qui régissent la logique, la morale, l'art ou la religion, représentent incontestablement des résultats d'acquisitions et d'adaptations

sociales et n'apparaissent pas par le fait du simple développement de l'individu normal.

Mais, — impressions affectives, régulatrices des tendances diverses d'un côté; processus associatifs, automatismes mnémoniques de l'autre, — relèvent de deux sphères distinctes, l'une qui fournit les buts de l'activité, et qui régit directement celle-ci, l'autre qui donne les moyens permettant à l'activité de s'exercer en s'adaptant aux conditions multiples et complexes de la vie, surtout quand il s'agit de la vie sociale dans nos civilisations contemporaines.

2° Point de vue physiopathologique.

A la sphère associative néo-mentale, fournissant des moyens d'adapter par avance une activité différée à des conditions de vie complexes, et à la sphère affective paléo-mentale, régissant directement l'activité sous toutes ses formes, et assurant des réactions immédiates, correspondent, chez les vertébrés supérieurs, des centres cérébraux différents, relevant : les premiers du néencéphale, du pallium; les seconds, du paléencéphale, des ganglions de base, corps strié télencéphalique, et thalamus. La sphère associative embrasse l'écorce cérébrale dans son ensemble, y compris les centres récepteurs et les centres coordinateurs des réceptions, improprement appelés centres d'images, les centres incito-moteurs et les centres coordinateurs des incitations motrices, tels que les centres du langage ou des mouvements délicats automatisés. Dans cette sphère, nous savons que les processus consistent en des dynamismes associatifs, correspondant aux processus « chronogènes » de Von Monakow, et qu'il ne faut plus songer à localiser dans les cellules cérébrales des atomes psychiques comme les images du *De natura rerum* de Lucrèce; et ces dynamismes associatifs, quand ils ne sont pas régis par le seul automatisme mnémonique, subissent des influences directrices qui dépendent du fonctionnement des centres affectifs plus profondément situés.

Lorsqu'on examine, en effet, le comportement d'un chat décérébré, mais décérébré avec des précautions

suffisantes pour ne pas léser les ganglions de base, tout au moins le thalamus, comme dans les belles expériences récentes de Dusser de Barenne, on constate que l'animal possède encore une activité spontanée, généralement très grande, et qu'il apprend, bien qu'avengle, à éviter les obstacles ; si l'on conserve les centres olfactifs — qui appartiennent au paléencéphale — il est capable de rechercher, de trouver, de prendre de la nourriture ; les actes alimentaires ne seront plus, en revanche, déclenchés que par les impressions gustatives si l'on supprime la réception olfactive, mais une activité adaptée élémentaire est encore possible. Le chat décérébré se couche sur une natte, près d'un poêle, dont le voisinage lui est agréable ; il refuse d'absorber la viande imbibée de quinine ; une excitation vive provoque des réactions de colère, avec miaulements, grondements, menaces, et des réactions de fuite. Mais, si le thalamus est lésé, l'activité adaptée grâce à la régulation affective ne se manifeste plus.

D'autre part, les excitations du noyau candé, dans les expériences de Pagano et de Gemelli, dont j'ai souligné, il y a quelques années, l'importance, provoquent, suivant la région excitée, des réactions violentes de peur ou de colère.

Enfin, chez l'homme, on sait que, dans le syndrome thalamique, c'est la répercussion affective des excitations sensibles qui est spécifiquement troublée, ce qui semble bien indiquer la persistance de la localisation paléencéphalique de la sphère affective.

Les lésions des ganglions de base dans la chorée de Huntington, dont R. Mourgue a analysé récemment un cas avec une grande pénétration, coïncident avec une irritabilité pathologique dont les manifestations sont bien connues, et dont on pourrait rapprocher peut-être la colère épileptique.

Aussi, n'est-il pas étonnant que des troubles particuliers de l'affectivité : états scléreux, états anxieux, etc., puissent être engendrés par des facteurs pathogènes agissant électivement sur la sphère cérébrale correspondante, tel que le chlorure de β -tétrahydronaphtylamine, étudié par Elliott, qui provoque chez le chat tous les symptômes de la rage la plus violente, tout comme

d'autres facteurs, d'autres toxiques, agiront essentiellement sur la sphère associative.

La physiopathologie des vertébrés supérieurs et de l'homme confirme donc bien la dualité fondamentale des deux catégories de processus mentaux, les processus intellectuels et les processus affectifs.

Le pallium s'est développé en fonction du développement associatif; les centres sous-corticaux sont restés le siège des tendances héréditaires et des impressions affectives-fondamentales, qui sont à la racine des tendances acquises et des sentiments complexes, individuels ou sociaux, de la sphère néo-mentale, auxquelles elles assurent l'impulsion première et la régulation indispensable.

3° Point de vue psychiatrique.

Dès lors, des troubles mentaux peuvent survenir par atteinte partielle ou globale, soit de la sphère associative, soit de la sphère affective, avec des conséquences d'excitation, de dépression ou de déséquilibre fonctionnels.

Lorsqu'il se produit une atteinte généralisée de la sphère intellectuelle, qui ne peut plus fournir, pour les besoins de l'activité, les moyens adaptés qu'elle est chargée d'assurer, il se manifeste cet affaiblissement radical de la capacité de se conduire qui constitue la démence, et mieux — car le mot démence comporte une signification pronostique qu'un examen mental n'est jamais capable de fonder scientifiquement avec certitude — qui constitue un syndrome démentiel.

Les perversions de la conduite, caractéristiques des délires, peuvent tenir à des troubles associatifs; mais elles sont fréquemment aussi en rapport avec des troubles des sentiments et des tendances; cela se montre avec évidence dans les délires systématisés des paranoïaques, dont les processus intellectuels n'ont subi aucune atteinte; et Rignano a pu trouver dans ces délires les exemples frappants du raisonnement « intentionnel », comme est aussi le raisonnement métaphysique ou religieux, et dans lequel les processus logiques, serviteurs d'une tendance, sont employés à la justifier et à la satisfaire.

Le déséquilibre affectif qui assure, dans ces délires,

une prédominance excessive à une tendance particulière, entraîne une inhibition de l'influence d'un très grand nombre d'autres tendances, en particulier de certaines tendances sociales. Cela conduit un individu à se mettre en désaccord avec son milieu, dont il n'accepte plus toutes les directives, d'où une apparence de régression à un stade social primitif, différent de l'état actuel, à un stade « prélogique », au sens de Lévy-Brühl, puisque les règles logiques de la civilisation actuelle sont impuissantes à réfréner la logique affective individuelle. Et c'est là une thèse qui a été brillamment soutenue par Blondel. Mais sans doute y a-t-il là une apparence plus qu'une réalité, et la perturbation affective suffit-elle à rendre compte de ces infractions délirantes à l'emprise du milieu social contemporain.

La participation affective dans les troubles mentaux — envisagés souvent d'un point de vue trop exclusivement intellectuel — est certainement très fréquente ; et les syndromes émotionnels de guerre ont été singulièrement instructifs à cet égard.

Je me permettrai de rappeler seulement que l'analyse du syndrome « puérilisme » vrai m'a conduit à faire jouer un rôle essentiel aux perturbations des sentiments et tendances, alors que les troubles intellectuels, les troubles de mémoire — qui facilitent bien la constitution du syndrome, mais sont incapables à eux seuls de le faire apparaître — avaient été envisagés par certains auteurs comme nécessaires et suffisants.

Et, s'il se produit une défaillance plus ou moins complète de la sphère affective, devenue incapable de régir l'activité, de lui fournir ses buts, il en apparaîtra un affaiblissement dementiel de la capacité de se conduire, caractéristique justement de ce qu'on appelle la démence précoce, dans laquelle peut occasionnellement se manifester une intégrité remarquable des processus intellectuels, contrastant avec les incohérences du comportement.

La défaillance affective peut-elle se ramener à une insuffisance d'énergie nerveuse, à une baisse du niveau mental, selon la conception de Pierre Janet, qui fait de la démence précoce une démence « asthénique », terme ultime des défaillances psychiatriques, il ne semble pas.

Evidemment, la question du niveau d'énergie nerveuse mobilisable est très importante : pour que se réalise pleinement l'autoconduction — c'est-à-dire la direction de l'activité par la synthèse des tendances congénitales et acquises, des tendances biologiques et sociales, qui constitue l'individualité — il faut un potentiel d'énergie élevé, dépensé surtout en inhibitions ; si le niveau est insuffisant, la régulation reste incomplète ; des tendances momentanément activées ou des automatismes divers, même sans une excitation pathologique, comme il s'en rencontre dans les états maniaques, peuvent se soustraire à l'inhibition systématique de l'autoconduction. Mais — et la distinction de Pierre Janet entre « quantité » et « tension » d'énergie nerveuse, si ingénieuse et intéressante, d'ailleurs, serait peut-être rendue inutile par cette considération — il n'y a sans doute pas seulement, chez des psychasthéniques obsédés, baisse du niveau mental, il y a des troubles positifs de la sphère affective ; et ce sont ces troubles qui peuvent être les signes précurseurs de l'atteinte profonde amenant la défaillance caractéristique de la démence précoce.

Certes, à un terme ultime, les défaillances démentielles pourront atteindre à la fois la sphère affective et la sphère intellectuelle ; mais il n'en est pas moins vrai que ce terme ultime peut être la résultante de deux processus bien différents, l'un s'attaquant d'abord aux centres associatifs de la sphère néo-mentale, l'autre aux centres de l'affectivité de la sphère paléo-mentale. Et cette dualité des démences correspond bien à la dualité des deux grandes catégories de processus de la vie mentale, sur laquelle nous avons pensé qu'il était utile d'attirer particulièrement l'attention.

DISCUSSION

M. TOULOUSE. — La communication de M. Piéron est très instructive pour nous, car elle apporte des faits et un point de vue qui tendent à élargir le champ de notre horizon psychiatrique.

Je tiens à rappeler que, dans nos conceptions, nous avons toujours fait état des *tendances affectives* comme moteur de l'autoconduction. Sur ce principe, par consé-

quent, il n'y a aucune divergence de vues; et nous sommes tout à fait d'accord avec M. Piéron.

Sur un autre point encore nous nous rencontrons pleinement. C'est lorsque notre collègue fait la critique de la vieille psychologie intellectualiste, qui tendait à envisager les divers processus psychiques comme des fonctions isolées, et se suffisant à elles-mêmes. Le caractère essentiel de nos idées est bien d'envisager les maladies mentales comme des troubles du psychisme, considéré dans son activité générale et globale. C'est par là que notre théorie est en accord avec les tendances générales actuelles de la psychologie.

M. Piéron admet encore que, dans l'activité psychique, tous les processus affectifs et associatifs « s'intriquent assez étroitement ».

Cependant, il cherche à établir l'indépendance des troubles intellectuels et des troubles affectifs. Et, se basant sur des recherches expérimentales récentes, il inclinerait à admettre que la zone affective pourrait être localisée dans les ganglions de la base.

Il lui paraît que la démence précoce devrait être envisagée comme une démence affective, due à des troubles de la sphère affective, qui deviendrait incapable de régir l'activité intellectuelle. C'est cette conception que nous devons surtout retenir ici.

Je ne le chicanerai pas sur des questions de détail. Ainsi le terme de démence ne comporte pas essentiellement une signification pronostique. Dans ce concept il y a autre chose que l'idée d'incurabilité, puisqu'on ne groupe pas dans la démence des états tout aussi incurables, tels que certains délires de persécution et la folie morale. D'autre part *syndrome dementiel et démence* sont des termes équivalents pour l'idée d'incurabilité.

Une objection plus importante est celle-ci. Ne serait-ce pas, sous une forme nouvelle, retomber dans l'erreur que l'on veut combattre, si l'on séparait un peu artificiellement des processus psychiques que l'observation montre comme étroitement unis? Et cependant je ne m'y arrêterai pas, parce que c'est là une objection de principe qui ne saurait prévaloir contre des faits, s'ils étaient établis.

On peut d'ailleurs concevoir, dans ce complexe qu'est

le psychisme, des combinaisons d'éléments plus ou moins spécifiquement différenciés. C'est le cas notamment du langage, dont les centres associatifs paraissent avoir une certaine autonomie, puisqu'il est des troubles aphasiques qui ne peuvent se ramener à des troubles simplement démentiels, quoique notre pensée utilise surtout ces éléments associatifs verbaux. Et puisque l'on admet des troubles aphasiques, indépendants, il n'y a pas de raison pour qu'il n'existe pas de troubles affectifs indépendants. Symétriquement une certaine spécificité appartiendrait à des troubles psychiques, par suite des désordres d'un centre de coordination des réactions affectives. Mais dans ce cas on hésiterait actuellement à considérer comme un état démentiel un tel syndrome, pas plus que le syndrome aphasique.

Mais ce qui importe surtout, c'est d'établir cette dualité fonctionnelle dans la pathologie. Les arguments de M. Piéron doivent être retenus et inspirer les recherches de ceux de nos collègues qui s'occupent plus spécialement d'anatomie pathologique. Ils pourraient ainsi apporter pour ou contre cette conception des faits anatomo-pathologiques, si, délaissant un peu les recherches traditionnelles sur l'écorce, ils étendaient leurs investigations jusqu'aux autres parties du cerveau et notamment aux ganglions centraux.

L'observation clinique convenablement dirigée pourrait aussi apporter de la lumière dans ce débat. Il semble bien que les troubles intellectuels et affectifs soient généralement associés dans les divers états démentiels. Dans la démence précoce notamment, les troubles intellectuels ne sont pas absents; et d'autre part le trouble de l'affectivité varie avec les circonstances.

D'ailleurs, qu'est-ce que nous appelons la démence précoce? Ne serait-il pas nécessaire d'apporter quelques caractéristiques, à partir desquelles on chercherait à s'élever à des interprétations générales. Si nous prenons la paralysie générale, qui pourrait s'opposer à la démence précoce comme démence intellectuelle, maladie mieux délimitée et dont les conditions anatomiques sont connues, nous remarquons que les troubles affectifs (irritabilité, euphorie) sont tout aussi essentiels et précoces que les troubles intellectuels.

Et d'ailleurs, qu'est-ce que l'affectivité? Nous mêlons sous ce terme des éléments psychiques et des réactions motrices bien diverses. Là encore, il serait nécessaire de définir par des faits ce que nous entendons par affectivité. M. Piéron est tout à fait qualifié pour rechercher expérimentalement les faits qu'il convient de ranger sous ce terme dans les divers syndromes psychiques.

En résumé, M. Piéron a posé un problème d'un grand intérêt, qui peut orienter des recherches dans les diverses voies de notre spécialité, et qu'il nous faudra retenir.

Principe d'une méthode d'examen des aliénés, plus spécialement dans les cas de confusion et de démence.

Par MM. TOULOUSE, JUQUELIER et MIGNARD.

Notre communication sur le problème de la confusion et de la démence, à la lumière de l'autoconduction, a retenu l'intérêt de nos collègues. Avec toute leur autorité clinique, MM. Séglas et Chaslin ont déclaré qu'ils n'étaient pas loin de renoncer à faire un diagnostic différentiel entre la confusion et la démence. Or, il y a peu de temps encore cette difficulté n'était pas aussi formellement reconnue par des aliénistes expérimentés; et nous sommes heureux d'avoir contribué à rendre saisissante la gravité d'un problème central qui ne se présentait pas avec cette acuité à l'esprit de nos collègues.

Nous pensons toujours que cette difficulté est très grande; mais nous croyons aussi que les méthodes d'examen employées en clinique courante sont insuffisantes et qu'on peut espérer mieux avec d'autres moyens.

Essayons de répondre aujourd'hui à la question que M. Arnaud nous a posée dans la dernière séance: Quelle est notre méthode d'examen et en quoi est-elle nouvelle?

Nous envisagerons surtout l'examen d'individus présentant des signes de confusion ou de démence. Toutefois notre méthode a une portée générale. On n'en donnera ici que le principe, en réservant un exposé ulté-

rieur des applications qui permettront de mieux la critiquer. M. Arnaud a dit que tous les aliénistes cherchent à faire bien. Sans doute, mais le bien est dans la direction. Or, voici d'abord les principes qui nous dirigent et qui tendent, par des moyens un peu différents, aux buts un peu différents que nous nous proposons.

*
*
*

1° *Nous pensons qu'il faut provisoirement négliger nos conceptions nosographiques, basées sur l'observation pure des phénomènes d'ordre psychique.*

L'analyse détaillée des délires a été faite par des maîtres cliniciens; et nous doutons qu'on puisse y ajouter actuellement quelque chose de nouveau et d'important. Mais soit pour le diagnostic pathogénique ou le pronostic, soit pour la thérapeutique, ces admirables analyses ne nous paraissent pas suffisantes.

Il nous semble que nous devons plutôt rechercher les signes qui révèlent des modes de réaction globale du psychisme (direction des processus psychiques, fatigabilité, résistance aux émotions ou aux intoxications, suggestibilité, processus de réversibilité).

2° *Notre examen vise à s'étendre en profondeur plutôt qu'en surface.*

Une observation qui étale tous les faits sur le même plan ne peut pas renseigner comme un examen qui recherche sous un grand nombre de faits ceux qui commandent les autres. Quand on a saisi, par exemple, que la cause d'un syndrome est un trouble d'application et non de niveau, l'on explique et hiérarchise plus aisément beaucoup de symptômes secondaires.

3° Dans ce sens, nous nous attachons à étudier le processus psychique, c'est-à-dire la pensée en action, la mise en train, la direction, l'arrêt, les variations, plutôt que les états de conscience.

4° *Nous parlons de l'état normal pour aboutir au pathologique*, parce que nous pensons qu'il n'y a que des différences de degré entre les diverses réactions du psychisme.

5° *Nous cherchons surtout à définir par des faits précis les notions vagues qui servent à exprimer nos constructions psychiatriques.*

Beaucoup de nos conceptions sur le syndrome confusionnel ou le syndrome dementiel, sur l'affectivité ou l'effort mental nous paraissent entachées de trop de raisonnement, conduits à partir de faits cliniques élémentaires, quoique bien observés.

Les notions de confusion et de démence par exemple doivent être soumises à des déterminations serrées et précises.

6° *La psychologie objective est actuellement le moyen d'information le plus rationnel.*

Nous ne connaissons guère les maladies mentales que par les troubles psychiques. Seulement nous devons employer ici les méthodes de la psychologie objective, comme l'entend M. Piéron.

En psychiatrie surtout, ainsi qu'en psychologie comparée, c'est le comportement, la réaction du sujet que nous devons étudier, plus que ses impressions. M. Arnaud a rappelé le conseil de Falret : Il ne faut pas être le secrétaire du malade. Mais on peut, en évitant ce défaut, tomber dans un pire et devenir le directeur de conscience du sujet. Avec ces méthodes d'analyse psychologique, dont la psycho-analyse a été un épisode typique, le médecin s'expose trop à diriger, à suggérer, à créer des idées et des délires. Le mouvement de réaction des neurologistes contre l'abus de l'examen psychique des hystériques doit nous servir d'exemple pour améliorer l'examen des aliénés.

7° *Les processus psychiques ne peuvent guère être considérés que comme des réflexes plus ou moins compliqués.*

Nous pensons que les conditions de ces processus sont d'ordre biologique. Dans l'ignorance où nous sommes actuellement de ces conditionnements, nous croyons sage de choisir des complexes de réactions où des faits psychiques seront mêlés à des faits physiologiques (circulatoires, respiratoires, humoraux).

A la vérité nous pensons qu'il est de plus en plus probable que la cause immédiate des troubles psychiques est un trouble du métabolisme libérant l'énergie nerveuse, trouble qui serait justiciable de ces méthodes.

L'histoire de la paralysie générale est suggestive. Le diagnostic tend de plus en plus à être établi par des

méthodes d'ordre chimique, cytologique et bactériologique. Et si un jour le traitement de la syphilis nerveuse devenait efficace, ce syndrome — un des types les plus accusés des maladies mentales — pourrait être diagnostiqué et guéri par des médecins qui ignorent tout de notre clinique psychiatrique actuelle.

Nous en arrivons donc à cette conclusion que la clinique doit se déplacer de plus en plus vers le laboratoire. L'évolution de la pathologie générale nous dirigera dans cette voie. Le plus d'objectivité possible, le plus de faits mesurables, le plus de précisions dans l'examen, voilà ce qui nous semble devoir nous guider tous.

*
* *

Voyons maintenant les moyens. L'examen par interrogatoire est actuellement le seul dont nous disposions pour pénétrer dans le psychisme du sujet. Une réponse d'ailleurs est une réaction. Mais nous pensons qu'il faut choisir les questions, — qui toutes ne sont pas d'efficacité égale, — et non pas se livrer chaque fois à une improvisation nouvelle, qui ne peut valoir que ce que vaut le médecin et à un moment donné. L'examen par questions doit représenter un effort collectif et continu. Sans doute chaque cas est un fait nouveau, auquel doit s'adapter une question type. Ainsi, dans l'organisation de la publicité pour la grande industrie, les techniciens de la psychologie rédigent des lettres par paragraphes, dont chacun est un type applicable au cas particulier, type incessamment éprouvé et incessamment amélioré.

Les questions d'ailleurs peuvent être de véritables épreuves. Ainsi, en demandant à un présumé dément s'il n'aurait pas volé un objet que l'on feint de chercher, on peut déclencher une réaction affective sincère. On trouvera un grand nombre d'excellents exemples dans les travaux que Binet poursuivait avec son collaborateur Simon dans les derniers temps de sa vie.

La règle formelle de tout interrogatoire est d'apprécier chaque réponse en fonction de l'effort apparent. Il est clair que si — ce qui arrive souvent — le sujet répond automatiquement, sans chercher à choisir entre

ses diverses réactions, la réponse n'a pas la même valeur. Il faut encore chercher à déterminer si le sujet *réalise*, dans le sens anglais, ce qu'il pense, ou si ce qu'il dit est un jeu.

Mais ce sont surtout des *épreuves* faites dans des conditions déterminées qui peuvent le mieux renseigner sur la valeur fonctionnelle du cerveau, sa capacité d'adaptation, de résistance et de restauration.

Ces épreuves ont encore l'avantage de pouvoir donner des résultats comparables chez les divers individus.

C'est ainsi qu'on procède de plus en plus en pathologie générale. Lorsqu'on examine un cardiaque, on le soumet à une épreuve (marche rapide, course, montée d'un escalier), afin d'apprécier les réactions du cœur (rythme, tension artérielle) et le mode de retour à l'état antérieur. D'autres épreuves renseignent sur la perméabilité du rein, l'activité du foie, etc. Voilà ce qu'il nous paraît désirable d'introduire dans l'examen mental. Quelques épreuves sur la fatigabilité, la résistance aux facteurs perturbateurs de l'activité intellectuelle apporteront à l'examen mental les procédés ordinaires de la médecine générale. Nous communiquerons à la Société les résultats d'expériences, qui montreront ce que l'on peut tenter et espérer dans cette voie.

Prenons par exemple l'effort mental. Un cerveau touché sera moins capable qu'un cerveau sain de s'adapter très vite à un travail intense; et les réactions psychiques comme les réactions physiologiques auxquelles cet organe commande manifesteront alors des perturbations plus ou moins caractéristiques, d'ordre intellectuel, comme d'ordre circulatoire et moteur. On pourra donc plus facilement déceler chez des individus encore peu touchés ou apparemment améliorés une incapacité plus ou moins grande à s'adapter à un effort cérébral. Tel sujet, qui peut exécuter assez correctement et sans grand trouble un travail dans un temps convenable pour lui, en sera incapable si on lui impose de faire le même travail dans un temps plus court. Le désarroi apparaîtra alors plus ou moins profond; et l'on observera que le cerveau ne peut fournir dans ces conditions nouvelles le même travail qu'au prix de réactions intempestives, de décharges sur les systèmes

circulatoire et moteur et avec un résultat de moindre valeur.

C'est de la même manière qu'il faut chercher à provoquer des réactions permettant d'apprécier l'activité mentale générale, la spontanéité et la suggestibilité, le pouvoir d'apprendre et de s'adapter, l'affectivité.

L'un de nous poursuit ces recherches et en soumettra les résultats à la Société. Elle pourrait nommer une Commission pour venir contrôler, dans son Laboratoire à Villejuif, l'intérêt et l'utilité de ces expériences.

* *

Il s'agit maintenant d'établir une *marche générale* de l'examen. Voici comment nous procédons.

Dans un premier temps nous recherchons l'*efficience*, le résultat général de l'activité psychique. Si l'on s'arrêtait à ce point, on ne pourrait rien en déduire. Car un confus évident peut faire des réponses et des actes absurdes comme un dément. Ceci est bien connu de tous les aliénistes.

Ce qui importe c'est de déterminer si les manifestations morbides apparentes relèvent d'une incapacité transitoire, fonctionnelle, plus ou moins aisément modifiable, ou d'un désordre profond, d'une incapacité acquise et devenue constitutionnelle. Les pathologistes ne procèdent pas autrement lorsque, en présence par exemple de troubles cardiaques, ils cherchent à déterminer si l'arythmie, l'angor sont de simples réflexes aisément modifiables ou s'ils sont dus à des lésions organiques plus ou moins immodifiables dans l'état actuel de nos connaissances. C'est en somme la recherche des *possibilités* restantes sous le désordre fonctionnel.

En pathologie mentale, ces deux ordres de phénomènes peuvent être ramenés à deux types : *troubles de niveau et troubles d'autoconduction*.

Dans ce but nous chercherons à nous rendre compte comment se présente cette mauvaise efficience.

Premier cas : L'inefficience est discontinue. Elle varie alors avec l'effort mental provoqué, et les possibilités sont plus ou moins grandes : c'est surtout un trouble de l'autoconduction. Il reste encore à détermi-

ner si le désintérêt est d'ordre intellectuel ou affectif, ou dû à une hypo-activité psychique générale. Le trouble est ainsi mieux caractérisé et peut être rattaché à des causes spéciales.

Deuxième cas : L'inefficience est continue et l'effort mental suffisant. Là encore c'est l'effort mental qui seul peut donner une valeur à cette inefficience.

Si l'effort mental est suffisant, les possibilités sont faibles et l'on a affaire à un trouble du niveau. Il faudrait de longs développements et des expériences précises pour s'entendre sur ce que nous devons comprendre en psychiatrie par niveau mental. Nous pouvons dire seulement ici que le niveau mental est représenté par l'inefficience résultant d'un effort mental maximum. On considérera le niveau comme abaissé lorsque le sujet donnant son maximum aboutit à une efficience médiocre ; c'est le cas dans la débilité mentale simple.

Mais dans la démence certaine — paralysie générale ou démence sénile confirmée par des troubles moteurs, — le problème est plus complexe. Car les troubles de direction se surajoutent toujours à des degrés variables aux troubles de niveau.

Les tests de Binet et Simon pour classer les enfants d'après l'âge mental peuvent servir aussi à classer les débilés simples, sans troubles de conduction (instabilité). Mais ils sont insuffisants pour les autres maladies mentales. Il faudrait faire entrer dans ces épreuves plus de réactions physiologiques, et, même au point de vue psychique, le problème n'est pas poussé assez à fond. D'ailleurs Binet ne s'était pas servi de ces tests dans ses études sur les aliénés.

La notion de niveau mental suppose que nous savons ce qu'est l'intelligence normale. Or nous ne sommes pas en mesure d'en donner des caractéristiques satisfaisantes. Nous pouvons dire seulement, en faisant appel à la clinique, que, dans la démence type comme la paralysie générale, il semble bien, à mesure que ses lésions s'aggravent, que le sujet ait une activité mentale où les réflexes psychiques mettant en jeu des automatismes créés par l'éducation se substituent au choix personnel de la réaction exactement adaptée à un jugement ou à un acte. Le dément, c'est donc l'individu qui a perdu cette

spontanéité d'adaptation qui fait la valeur de l'intelligence humaine.

En vérité toutes nos conceptions de la démence sont à reviser entièrement, et notre méthode a surtout pour but d'apporter des moyens de procéder à ce travail. Il faut prendre pour type la paralysie générale qui, comme la démence organique et sénile, est une démence motrice, et la comparer à l'imbécillité, qui, avec de grandes différences, est le mode d'activité mentale inférieure le plus proche de la démence. Nous devons chercher ensuite à comparer à la démence motrice la démence vésanique, que l'on pourrait appeler intellectuelle, et à laquelle peut se rattacher la démence précoce.

Mais, qu'on nous comprenne bien, nous ne proposons ces groupements et définitions provisoires que pour la commodité de l'examen, et sans prétention à un système nosographique. Seules des expériences peuvent apporter un peu de lumière et des précisions dans cette obscurité.

D'autre part, la démence comporte un élément de continuité, c'est-à-dire d'irréversibilité des troubles psychiques, liés à des altérations biologiques encore inconnues — et non forcément destructives. Mais l'irréversibilité seule ne saurait caractériser la démence. De même, dans la pathologie générale, une dyspepsie chronique est continue, mais elle reste toujours réversible en puissance.

Troisième cas: L'inefficience est continue et l'effort mental insuffisant. On ne peut rien conclure. Car cela peut tout aussi bien être un trouble chronique de conduction qu'un abaissement de niveau. Il faut attendre, essayer patiemment tous les moyens de faire varier l'efficience, utiliser tous les signes empiriques de la clinique (durée de l'évolution, rétrécissement de la vie psychique, automatisme, stéréotypies, etc..).

* *

Voilà d'une manière très schématique — car on ne peut, en quelques pages, faire tenir une question aussi vaste — le principe de la méthode que nous cherchons sans cesse à mettre au point et à perfectionner. Elle est loin d'être parfaite. C'est plus encore une tendance

qu'une œuvre accomplie. Son caractère essentiel est de mettre à l'épreuve sur le terrain de l'expérience, dans des conditions précises, nos conceptions nosographiques et de déterminer ainsi le psychisme dans les diverses maladies.

Nous pensons que les études techniques, comme celles que nous soumettons aujourd'hui à la Société, ne pourront être jugées que par la pratique. C'est dans une réunion à Sainte-Anne que nous pourrions faire des démonstrations. Encore le caractère psychique des expériences empêcherait d'en réaliser certaines devant plusieurs personnes. Mais la Société pourrait, le moment venu, désigner deux ou trois de nos collègues pour se faire une opinion directe qu'ils rapporteraient ensuite.

En vérité les recherches doivent être l'œuvre d'une collectivité et non de deux ou trois travailleurs. Il y faudrait la collaboration de cliniciens, de psychologues et de physiologistes. Et c'est en poursuivant cette tâche qu'on s'aperçoit combien nous manquent les milieux de travail collectif et aussi les milieux de discussion. Sans perdre notre individualité, nous aurions tout intérêt à provoquer des réunions générales, où aliénistes, neurologistes, psychologues et physiologistes examineraient en commun des problèmes que chacun pourrait éclairer de son expérience.

DISCUSSION

M. ARNAUD. — Après avoir entendu la nouvelle communication de MM. Toulouse, Jaquelier et Mignard, je continue à ne pas très bien voir ce qu'il y a de vraiment nouveau dans la méthode qu'ils nous recommandent. J'y vois bien un ensemble, certes fort intéressant et fort utile, de recommandations très sages et de procédés techniques, les uns et les autres destinés à rendre plus précis et plus probant l'examen des aliénés. Mais ces recommandations, nous les avons tous entendues de nos maîtres, et ces procédés sont, pour la plupart, appliqués de longue date.

On nous parle, par exemple et avec infiniment de raison, de la nécessité de déterminer l'importance relative des symptômes, de ne pas s'en tenir au simple interrogatoire et à la description des délires, déjà si souvent

et si complètement faite; de varier, de multiplier les situations psychologiques d'épreuve, etc. Mais il serait bon de ne pas oublier que J.-P. Falret, entre autres, insistait déjà longuement, il y a plus d'un demi-siècle, sur tous ces points et, notamment, sur cette subordination des symptômes, qu'il jugeait essentielle, et sur l'importance de ce qu'il appelait *le fond* de la maladie, par opposition à *son relief* constitué par les délires et par les manifestations extérieures. Et il est sans doute superflu de rappeler ici que Magnan s'est constamment attaché à distinguer *l'état mental* de *l'état délirant*, distinction capitale tant pour le pronostic que pour le diagnostic.

Pareillement, l'abus de la psychologie, contre lequel M. Juquelier nous met très justement en garde, avait été longuement dénoncé et critiqué par ce même J.-P. Falret et par d'autres auteurs contemporains.

Et quant à l'application des méthodes physiques de mesure à la psychologie normale et à l'examen des aliénés, on sait qu'elle n'a pas donné, entre les mains de Wundt et des adeptes de la psychophysique en général, les résultats qu'on en espérait, si bien qu'après une assez longue période de vogue, elle est aujourd'hui beaucoup moins en faveur. Néanmoins, si on ne lui demande que ce qu'elle peut donner, elle est susceptible de rendre de précieux services.

En résumé, ce n'est pas précisément une méthode nouvelle qu'on nous apporte. On nous propose plutôt la systématisation de procédés de recherche et d'étude dont l'efficacité éprouvée n'est pas douteuse et dont l'application ne saurait être trop recommandée non pas seulement aux aliénistes débutants, mais aussi à ceux que leur expérience défendrait mal contre une certaine paresse d'esprit dans l'examen des aliénés.

M. TOULOUSE. — Nous croyons avoir répondu à la question de M. Arnaud.

Sans doute notre collègue est un excellent clinicien; et sa perspicacité lui permet de n'être pas trop embarrassé dans les cas où des aliénistes moins avertis que lui seraient incapables d'appropriier les ressources d'un examen rationnel à un cas particulier complexe. Mais qu'il nous permette de lui dire qu'il n'emploie pas la méthode que nous préconisons.

D'abord nous tendons à fixer des règles précises qui puissent servir à tous, aux débutants comme aux anciens, aux esprits médiocres comme aux esprits pénétrants ; et nous voulons que cette méthode soit rendue objective non seulement par des épreuves, mais encore par des questions qui soient aussi des épreuves. Or, M. Arnaud n'applique ni ces règles, ni ces tendances, qui d'ailleurs ne se trouvent ni dans Falret, ni dans nos vieux maîtres.

Chaque génération d'aliénistes doit emprunter à la science générale des moyens d'un progrès nouveau. Le jeune médecin qui se contenterait d'examiner un cas de paralysie générale avec la technique d'Esquirol, qui n'en a eu qu'une notion incomplète, ne serait pas suffisamment préparé pour le concours de l'adjuvat. Ce serait d'ailleurs trahir la pensée de nos devanciers que de l'immobiliser par une admiration stérile.

Pour préciser je demanderai seulement à M. Arnaud : Quelles épreuves psycho-physiologiques emploie-t-il dans l'examen de ses malades ? Quelles questions-épreuves a-t-il choisies pour l'interrogatoire clinique ? S'attache-t-il, et comment, à faire une différence entre les troubles de niveau et les troubles de direction ? Comment applique-t-il le procédé des variations ?

Et, s'il ne fait pas cela, je suis fondé à prétendre qu'il ne suit pas notre méthode, dont ces moyens constituent les procédés essentiels.

Il pourra sans doute penser que cette méthode n'est pas bonne, puisqu'il n'en a pas une expérience personnelle. Mais je me permettrai de lui faire remarquer qu'il n'est pas fondé à objecter qu'elle n'est pas nouvelle.

Une fausse descendante de Louis XVII.

Par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et VINCHON.

Marie-Anne C... est entrée une première fois à Sainte-Anne le 24 juillet 1899, avec le certificat suivant :

« Délire mélancolique avec prédominance d'idées de persécution. Hallucinations. Extravagances. Tentative de suicide ancienne. Des gardiens de la paix la poursuivent dans la rue ».
Signé : D^r LEGRAS.

C'était une première rechute d'une psychose semblable datant de la jeunesse de la malade. Celle-ci sortit améliorée en 1904, mais s'isolait, ne parlait que pour se plaindre de vols, de tentatives criminelles, brûlait ses papiers et ses affaires : elle se croyait très riche et aurait pu se retirer dans un château, si on n'avait détourné des héritages. Son attitude finit par attirer l'attention du commissaire de police, qui l'envoya à l'Infirmerie spéciale, le 10 avril 1920.

Certificat : « Excitation psychique. Loquacité, idées délirantes de persécution ; on veut l'empoisonner ; on a assassiné toute sa famille. Récriminations contre ses voisins. Revendications. On lui a volé son héritage ; les médecins se sont servi de son argent pour construire des hôpitaux. Elle a gagné un lot de 500.000 francs ; mais on a volé le billet ; interprétations. Possibilité d'hallucinations olfactives ? Agitation. Agressivité contre l'entourage. Enfermée chez elle, a voulu mettre le feu à sa chambre. Signes de compression médiastinale. Déjà internée de 1899 à 1906. » *Signé : D^r HEUYER.*

Marie-Anne a soixante-douze ans : elle est bien orientée et répond volontiers : « Je suis ici parce que j'ai attrapé le maire de Montrouge, qui s'est fait passer chez moi comme le propriétaire de ma maison. Tout le quartier est bâti avec mon argent ; pourtant je dois travailler pour gagner ma vie. Depuis 1884, on capte mes testaments. La Ville de Paris et la Préfecture mangent le pain de la veuve et de l'orphelin. On m'a mise à l'Assistance. Vous pouvez vérifier chez Rothschild ou à la Caisse des Dépôts et Consignations. On se moque de moi. J'ai connu ma fortune par des commis d'architecte et des agents des contributions. »

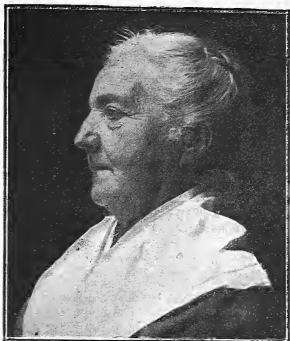
Les passants dans la rue font allusion à ses richesses. Quand elle réclame, on l'interne. Ces legs ne causent pourtant pas de préjudice, puisque les testateurs sont sans enfants. On vole aussi son nom : une dame a voulu se faire passer pour la duchesse de C... ; on l'a fait rayer comme morte des registres d'une mairie. Marie-Anne désigne ses persécuteurs, très nombreux, et les accuse formellement.

Bref, c'est un délire de persécution et de grandeur à base d'interprétations et d'illusions, sans hallucinations. Les idées de grandeur paraissent primitives. Les idées de persécution remontent, d'après la malade, à la mort de son mari en 1884.

Nous notons dans le domaine physique un goitre plongeant du corps thyroïde, de la pâleur, sans lésions graves des appareils et le refroidissement des extrémités.

Au moment de la quinzaine, le 24 avril, nous retrouvons le même délire : les persécuteurs ont assassiné toute sa famille, entre autres son père, le comte Cléaret de Guignebert du Chay-

lard (le premier nom est celui de la malade légèrement modifié par elle). Mise en confiance, elle explique son origine par une histoire romanesque : son aïeul Gérard de Bourbon était Louis XVII ; c'est de lui qu'elle a hérité son profil bourbonien (qui est réel) (fig. 1), ses manières aristocratiques. Cette origine



Portrait de la malade.

est la cause des multiples assassinats de ses parents, des tentatives contre elle-même. Gérard de Bourbon était cordonnier et avait appris ce métier au Temple. Quand elle était petite, les autres enfants l'appelaient la petite princesse, comme encore aujourd'hui les passants de la rue.

Cependant, elle a laissé tomber ses droits au trône, parce qu'elle savait sa destinée modeste. Elle ne réclame que contre les persécutions. Quand nous l'observons, elle parle à voix basse et rêve tout haut, exprimant ses divers thèmes délirants. Elle a conscience de cette habitude, elle sait bien qu'elle répond à ses propres questions, mais c'est pour se distraire.

Il est impossible de transcrire tout le roman de Marie-Anne, qui bouleverse l'histoire du XIX^e siècle, inventant des guerres, des évasions de prison, des déguisements,

des séjours dans des châteaux. Ce délire imaginatif n'est jamais critiqué par la malade, qui répond puerilement aux objections ; il est plein de contradictions dues aux défaillances de mémoire.

Certains faits exacts, comme un séjour dans un vieil hôtel du faubourg Saint-Germain, fréquenté par la haute noblesse, étayent ses convictions, mais elle y travaillait comme femme de chambre, vivant à l'écart des gens de l'office dont elle craignait la vulgarité. Elle lisait et écrivait peu ; une enquête à son domicile n'a pas fourni de documents, les « preuves » que l'on aurait supposés.

Dans le service, Marie-Anne n'a pas de confidente. Les visites de sa famille provoquent des réactions émotives et des prétextes à extérioriser les idées de grandeur : les médecins et les malades sont des gens de « la Haute » ou ses compatriotes ; ils portent parfois des noms d'emprunt. Le délire de persécution, d'abord estompé, est bientôt réapparu comme avant l'entrée, avec des interprétations fréquentes, à chaque examen.

*
* *

Cette psychose renferme deux éléments de processus psychologique différent : troubles de la logique pour les idées de persécution et troubles imaginatifs pour le délire de grandeur. Seul le premier délire a déclenché des réactions : le délire de grandeur est tout intérieur.

Le fond mental est affaibli ; il est difficile de se faire une idée de l'état antérieur de l'intelligence ; on sait toutefois le goût de Marie-Anne pour le rêve, dont elle a fini par être dupe. A partir de ce moment, la trame délirante s'est enrichie chaque jour d'apports fantastiques.

Il n'y a point ici d'état civil anormal et elle ne doute pas que ses parents soient sa véritable famille ; mais elle les pare d'une descendance illustre, dont elle donne comme preuve un fait commun dans les observations analogues : la ressemblance avec le personnage élu comme ancêtre. C'est ainsi que le malade de Régis, cité par Sérienx et Capgras (1), se croit membre des familles

(1) Sérienx et Capgras. Les interpréteurs filiaux, observation I, in *Encéphale*, février 1910.

Romanoff et Hohenzollern : le Bonaparte de Kraepelin ressemble à Napoléon I^{er}, le faux dauphin d'Esquirol à Louis XVI, Hersilie Rouy à la duchesse de Berry.

Le caractère paranoïaque apparaît chez Marie-Anne dès l'enfance, se manifestant d'abord par les idées de grandeur, certainement antérieures au séjour dans le faubourg Saint-Germain. Le secret est bien gardé, puisque les enfants de Marie-Anne l'ignorent. Nous avons dit que les revendications n'étaient en rapport qu'avec le délire de persécution. Les dernières, comme les tentatives d'incendie, sont celles d'une affaiblie intellectuelle. Par là, elle diffère d'autres fausses princesses comme Hersilie Rouy, qui réussit à obtenir une pension et des indemnités.

Le délire de grandeur de Marie-Anne a été, avant les internements, un beau rêve, où elle se réfugiait à l'abri des misères d'une vie pénible, puis des préjudices et des persécutions ultérieures ; c'est un véritable *délire de compensation* comme ceux des persécutés qui, à la période des idées de grandeur, y trouvent une consolation à leurs chagrins. Les idées de grandeur sont d'ailleurs fréquentes à l'état de tendances, dans les esprits normaux comme l'a montré Borel (1) qui les a retrouvées dans 70 p. 100 des cas chez les enfants et 40 p. 100 chez les femmes.

DISCUSSION

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Je serais heureux d'avoir l'opinion de M. Capgras sur cette nouvelle contribution à l'étude des faux dauphins.

M. CAPGRAS. — Ce cas me semble rentrer, en effet, dans la catégorie de ceux que nous avons étudiés avec M. Sérieux.

(1) Borel. Rêverie et idées de grandeur in *Journal de Psychologie normale et pathologique*, septembre 1909.

Note préliminaire sur le luminal dans le traitement de l'épilepsie.

Par M. MAURICE DUCOSTÉ.

Le *luminal*, médicament lancé par une firme allemande, a été employé depuis quelques années dans le traitement de l'épilepsie, en France et surtout à l'étranger.

Les résultats ont été satisfaisants. M. Raffegéan, dans une communication à la Société médico-psychologique, a fait ressortir l'action de ce produit dans les crises convulsives du mal comitial.

Des cas que j'ai suivis avec attention, il semble qu'on puisse tirer les conclusions suivantes :

1° Le luminal a une action immédiate, héroïque, spécifique, contre les attaques convulsives. Dès le premier jour, ces attaques, quelles que soient leur ancienneté et leur fréquence, sont arrêtées ;

2° Au début, les attaques sont remplacées par des vertiges, qui disparaissent à leur tour très rapidement ;

3° On peut supprimer le luminal, au bout de quelques semaines ou de quelques jours, sans que réapparaissent les attaques. Mais l'expérimentation est de trop courte durée pour que cette conclusion ait une grande valeur ;

4° Cependant, le luminal ne peut être considéré comme un médicament curatif, parce que les attaques et les vertiges sont remplacés par des équivalents psychiques : délires, impulsions, fugues, et cela dès les premiers jours de son administration ;

5° Or, l'épilepsie psychique présente, par elle-même, un pronostic qui, en certains cas, est immédiatement plus grave que celui de l'épilepsie convulsive, à cause des réactions antisociales ;

6° En outre, il semble que la démence, la déchéance terminale de l'épileptique, puisse être l'aboutissant de l'épilepsie psychique aussi bien que de la convulsive ;

7° Le luminal, dont on est en droit d'attendre beaucoup contre l'élément « attaque convulsive », n'est donc

pas sans inconvénients, ni sans dangers. On le donnera cependant dans le cas où les crises sont particulièrement violentes, sans oublier que c'est un médicament « substitutif » à équivalents. Il faudra prévenir la famille, et, le cas échéant, le malade, de la probabilité de ces substitutions ;

8° Il est désirable qu'on tente d'associer le luminal à d'autres anti-épileptiques : le bromure, peut être, la jusquiame, la belladone, etc.

Pent-être trouvera-t-on une formule qui permettra d'agir avec autant d'efficacité, moins de danger, et dans laquelle le luminal n'entrera qu'à très faibles doses.

M. TOULOUSE. — Quand on apporte une méthode nouvelle, il faut qu'elle soit meilleure. M. Ducosté a-t-il essayé de soigner ses épileptiques par le bromure avec hypochloruration, et a-t-il eu ainsi des succès tels qu'il lui paraisse utile d'employer le luminal à la place ? M. Ducosté paraît douter que le bromure avec hypochloruration puisse arrêter les crises. Il est de règle qu'avec 2 grammes de bromure et un régime sans sel les crises disparaissent sans équivalents psychiques. Ma méthode est absolue. Le succès est une certitude si elle est bien appliquée. M. Ducosté nous rapporte une expérience curieuse, intéressante, mais dont je ne vois pas l'avantage.

M. VALLON. — Cette méthode de traitement par le luminal est non pas anti-épileptique, mais anticonvulsivante. Elle fait disparaître les crises seulement, et il est bon de remarquer, à ce propos, que ce sont surtout les épileptiques sans crises convulsives qui aboutissent à la démence.

M. MARCHAND. — Depuis la communication de M. Raffegéan, j'ai soigné par cette méthode deux malades de mon service, chez lesquels cela n'a même pas supprimé les crises.

La séance est levée à 6 heures.

Les secrétaires des séances,

P. JUQUELIER et R. CHARPENTIER.

SÉANCE DU 28 JUIN

Présidence de M. PACTET, Vice-Président.

ASSEMBLÉE EXTRAORDINAIRE

M. H. COLIN, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Afin de permettre à la Société médico-psychologique d'accepter le legs de M. Ritti, il est indispensable de reviser les statuts de la Société, conformément à la loi du 1^{er} juillet 1901. C'est pourquoi votre Bureau a convoqué une assemblée extraordinaire, ainsi que le prescrit l'article 9 des anciens statuts.

Je vais donner lecture des onze nouveaux statuts et du règlement.

Chacun des articles est lu, discuté, puis voté par l'assemblée. Il en est de même du règlement.

Le texte des nouveaux statuts paraîtra dans les *Annales médico-psychologiques* lorsqu'il aura reçu l'approbation de M. le Ministre de l'Intérieur.

SÉANCE ORDINAIRE

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance. Le secrétaire général communique les pièces de la correspondance dans laquelle figure une lettre de M. le D^r Huot, qui sollicite le titre de membre correspondant.

Rapports de candidature.

M. JUQUELIER. — Messieurs, le Comité de rédaction des *Annales médico-psychologiques* a émis le vœu que, dans les circonstances actuelles, les rapports de candidature soient aussi brefs que possible. La Commission chargée de vous présenter la candidature du D^r Vian au titre de membre correspondant, composée de MM. Henri Colin, Truelle, et Juquelier, rapporteur, serait impardonnable si elle ne donnait pas le bon exemple : elle s'en excuse auprès du candidat, très méritant, qu'elle recommande d'ailleurs chaudement à vos suffrages.

Ancien interne provisoire des hôpitaux de Montpellier

et ancien interne des asiles de la Seine, le D^r Vian a été le collaborateur dévoué, estimé et aimé de tous ses chefs de service. Il a préparé, dans le service spécial de M. Henri Colin, une thèse aussi intéressante que solide : *Anormaux constitutionnels et défense sociale*. Un article paru en janvier 1920 dans nos *Annales*, en collaboration avec le D^r Raynier, peut être considéré comme un appendice à cette thèse. M. Vian a fait encore, devant la Société clinique de Médecine mentale, plusieurs communications très étudiées. Il a été admis cette année au concours des asiles, pour la section des asiles privés, dans les conditions les plus honorables.

Si les travaux du D^r Vian sont antérieurs à août 1914 ou postérieurs à novembre 1918, c'est que notre collègue a passé cinquante-deux mois au front, où il a recueilli deux citations, l'une à l'ordre du régiment, l'autre à l'ordre du corps d'armée.

Nous vous prions d'accueillir M. Vian parmi vous, comme il le souhaite, et comme il le mérite.

M. Vian est élu membre correspondant à l'unanimité des membres présents.

M. le D^r DE CLÉRAMBAULT, rapporteur de la candidature de M. le D^r Livet (Commission : MM. Briand, Capgras, de Clérambault).

Le D^r L. Livet, ancien interne des hôpitaux d'Alger (1907), ancien interne des Asiles de la Seine (1912), médecin adjoint des Asiles (1920), attaché, pendant une partie de la guerre, au Centre de Neuro-Psychiatrie du Val-de-Grâce, a eu une carrière clinique bien remplie. Durant la première partie de la guerre, il a servi au front français et au front d'Orient, dans des formations régimentaires; il y a obtenu une belle citation.

Nous trouvons dans les publications du D^r Livet quelques notes bien personnelles. Connaissant et aimant les milieux musulmans, il a consacré sa thèse à la question de l'Hospitalisation des Aliénés algériens. Il a composé un mémoire sur les Aliénés criminels en Algérie. Il a publié des observations de délires divers chez des indigènes.

L'étude des toxiques a été un de ses objectifs permanents. Un de ses articles, écrit en collaboration avec

M. le D^r Briand, nous a fait connaître les Fumeurs de Jasquame, les caractères différentiels de leurs délires, leurs rites, et leur instrumentation très spéciale.

A notre connaissance du Haschisch, le D^r Livet a ajouté une variante pittoresque. Une variété de cannabis, spéciale au Mexique, est fumée par les gens de la région sous forme de gros cigares, dans la composition desquels entrent des feuilles de maïs ; un même cigare sert pour tout le groupe. Des données plus ou moins superstitieuses mêlent quelques rites accessoires à ces séances. Mais leur élément le plus original est un figurant imprévu, un lézard, une sorte d'iguane. L'iguane serait, paraît-il, friand de la vapeur de haschisch ; il y serait, en tout cas, éminemment sensible ; quand l'atmosphère commence à être saturée, il tombe dans une sorte de coma ; la règle est qu'au moment où ce lézard s'endort, la fumerie cesse, la limite de l'imprégnation inoffensive pour les humains étant toute proche. Le lézard sert, pour ainsi dire, de manomètre physiologique. Le nom, soit du toxique, soit de la coutume susdite, est Mariguana.

Le D^r Livet doit nous révéler prochainement un autre toxique, en usage à l'île Maurice.

Etudiant le sevrage des morphinomanes, il se rallie au procédé du sevrage brusque. Tel est l'avis de son maître, le D^r Briand. Telle était déjà la pratique de notre regretté maître, le D^r Garnier.

Sur un autre sujet bien concret, l'épilepsie, le D^r Livet a apporté d'intéressantes observations : troubles vasomoteurs localisés, précédant l'apparition de crises typiques, à la suite d'une infection puerpérale ; affaiblissement intellectuel, localisé à la mémoire, chez un épileptique ; crises anarthritiques mnésiques ; crises convulsives mnésiques.

Dans le domaine de la folie périodique, l'auteur a publié une observation de Syndrome de Cotard, et une observation de puérilisme associé au Syndrome de Ganser, sur la base sus-indiquée.

L'auteur a étudié, à plusieurs reprises, les rapports du Syndrome de Ganser et ceux de la démence précoce avec la simulation.

A propos d'un cas de fugue prolongée et dysmnésique, l'auteur, d'accord avec M. le D^r Briand, propose la

dénomination de voyage pathologique pour celles des fugues qui sont délirantes prolongées et mnésiques.

D'autres études portent sur l'hyperémotivité observée dans un cas chez un enfant, dans un autre chez un dysthyroïdien.

En collaboration avec le D^r Morel et avec le regretté D^r Puillet, le D^r Livet a publié une étude sur la présence du signe de Léry dans certaines catégories de malades mentaux.

D'autres travaux du D^r Livet portent sur la médecine générale et sur l'instrumentation médicale.

Le D^r Livet, on le voit, est déjà en possession de certaines directives bien personnelles, dues à son expérience ou à ses goûts. Il apportera certainement encore à nos séances plus d'une note originale, notamment la *note coloniale*, que, pour bien des raisons, nous serions tous très satisfaits de voir ici devenir plus fréquente.

M. le D^r Livet est élu membre correspondant à l'unanimité des membres présents.

M. DE CLÉRAMBAULT, rapporteur de la candidature de M. le D^r Logre (Commission : MM. Dupré, Laiguel-Lavastine, de Clérambault).

Parmi les titres officiels et les distinctions obtenus par le D^r Logre nous relevons : Licence ès lettres-philosophie (1903), internat des Hôpitaux de Paris (1909), médecin de l'Infirmerie spéciale (1912), médecin chef adjoint de l'Infirmerie spéciale (1920), Chef d'un centre neuro-psychiatrique durant la guerre, enfin citation.

Comme son maître le professeur Dupré, le D^r Logre s'est particulièrement attaché à l'étude des processus imaginatifs. Il a eu l'honneur d'attacher son nom comme collaborateur au travail fondamental de Dupré.

Les Délires d'Imagination, devenus classiques, occupent actuellement une large place à côté des délires interprétatifs et des délires à base hallucinatoire. Qu'il nous soit permis de remarquer que la notion de ce groupe clinique est née dans le service de l'Infirmerie spéciale, auquel, grâce à Lasègue, Legrand du Saulle et Garnier, la psychiatrie était déjà redevable de la création de ces types classiques, les Délires de Persécution, les Délires-Rêves, et les Ivresses pathologiques.

La même étude des processus imaginatifs amenait le Dr Logre, encore avec son maître Dupré, à définir l'hystérie « une mythomanie des syndromes ».

La même étude l'amène à considérer la presbyophrénie comme étant simplement un cas particulier de fabulation, ayant pour base le déficit de la mémoire; cette amnésie fabulante des vieillards n'est pas autre que l'amnésie fabulante observée chez d'autres dysmnésiques, par exemple les confus et en particulier les confus du type Korsakoff.

La même fabulation se trouve, ayant pour base un déficit cette fois global, chez les paralytiques généraux.

La pathologie de l'émotion a été pour le Dr Logre, comme pour notre maître Dupré, un objectif d'étude constant. Il donne au syndrome anxieux une autonomie, il étudie minutieusement ses bases physiques, il admet une constitution anxieuse dont il énumère les menus signes. Bien entendu l'anxiété de guerre lui a fourni mainte observation.

Le même intérêt pour les états émotifs et le même souci de déceler les bases physiques l'ont amené à rechercher tout particulièrement les éléments différentiels entre la Commotion et l'Emotion. L'étude du liquide céphalo-rachidien lui a fourni une formule intéressante, à savoir la dissociation albumino-cytologique, ou mieux *inversion albumino-cytologique*, laquelle consiste en albumose avec dilution cytologique, en l'absence de toute autre réaction chimique ou cellulaire notable. Autres caractères distinctifs en faveur de la commotion : la perte de connaissance immédiate, les troubles vasculaires dimidiés, avec électro-diagnostic confirmatif, les troubles auriculaires, etc.

Etudiant la séméiologie psychique des Traumatismes cérébraux (c'est-à-dire des troubles cérébraux d'origine mécanique), par opposition aux troubles d'origine chimique (c'est-à-dire infectieux ou toxiques), le Dr Logre les définit : un état de parésie psychique, distinct à la fois de la confusion et de la démence, avec désordres psycho-moteurs prédominants à base d'inertie et d'agitation automatique. Les réactions motrices et les réactions psychiques, ainsi que l'a fait remarquer Dupré, évoluent parallèlement. Les lésions diffuses graves pro-

duisent de préférence l'agitation ataxo-adynamique, les compressions larges produisent l'inertie torpide, les hémorragies méningées produisent l'excitation hypomaniaque.

Dans les cas de lésions cérébrales surtout récentes, l'auteur a observé, prédominant sur les troubles moteurs des *troubles du tonus artériel* consistant en excitation ou dépression, ou alternance des deux formes; ces signes, qui se révèlent presque à l'état autonome, constituent soit, par leur constance, une sorte d'hémiplégie vasculaire, soit, quand ils procèdent par accès, une sorte de Jacksonisme vasculaire. Ils sont symptomatiques de lésions centrales. Dans les commotions ces signes existent, moins accusés; ils ne sont alors accompagnés que de troubles moteurs dissimulés, tels qu'un avivement unilatéral des réflexes, avec abaissement du seuil d'excitation électrique.

Dans les paralysies avec contracture l'auteur a noté un signe secondaire intéressant: extension du gros orteil, dans les positions passives à l'aide desquelles on recherche le signe de Kernig.

L'auteur a étudié avec Zimmer le réflexe galvanopsychoïque de Veraguth. Il l'a appliqué à la recherche des exagérations ou simulation en matière d'anesthésie ou de surdité.

Je pourrais citer bien d'autres travaux du D^r Logre, tant sur des sujets psychologiques que sur des sujets médicaux. Philosophe, psychiatre et neurologiste, le D^r Logre sera pour notre Société un collaborateur précieux.

M. le D^r Logre est élu membre correspondant à l'unanimité des membres présents.

Congrès de Strasbourg.

M. PIÉRON. — La Section de psychologie du Congrès pour l'avancement des sciences prie la Société de vouloir bien désigner ses délégués à la session de 1920, qui aura lieu à Strasbourg quelques jours avant le Congrès des aliénistes et neurologistes.

Certains Américains germanophiles affectent actuellement de mépriser la science psychologique française parce que nous ne donnons pas, dans les sessions péri-

diques des réunions scientifiques, l'impression d'un effort cohérent. Il y a lieu de réagir contre cette tendance que nos adversaires proclament sans aucune discussion.

MM. Toulouse et Piéron sont délégués par la Société. Sont d'autre part délégués :

Au Congrès des aliénistes et neurologistes de Strasbourg, MM. Laignel-Lavastine et Semelaigne ;

Au Congrès jubilaire de la Société de médecine mentale de Belgique, MM. H. Colin, Pactet et Vallon.

Note sur le diagnostic des hallucinations vraies.

Par MM. H. COLIN et R. MOURGUE.

On entend dire parfois que la séméiologie clinique a peu fait de progrès depuis les travaux des grands maîtres qui en auraient fixé, de façon quasi définitive, les grandes lignes. En ce qui concerne la séméiologie des hallucinations, rien n'est plus inexact ; la distinction de plus en plus fine des divers groupes de phénomènes qu'on a longtemps confondus (pseudo-hallucinations de Hagen, hallucinations psychiques de Baillarger, hallucinations aperceptives de Kahlbaum, auto-représentations aperceptives de M. Petit, pseudo-hallucinations verbales de M. Séglas, etc.) est un exemple caractéristique et bien connu. Non seulement le groupe a consisté ici dans une analyse de plus en plus exacte et par suite dans un classement nouveau des phénomènes morbides envisagés, mais encore nous devons à M. Séglas une critique des plus pénétrantes du diagnostic de l'hallucination vraie, qui tendrait à faire admettre que ce phénomène est moins fréquent qu'on ne le croyait jusqu'ici. Le fait qu'un malade dit : « J'entends une voix très nettement, très distinctement, comme la vôtre » n'est nullement caractéristique de l'hallucination vraie (prise dans le sens d'une perception sans objet), comme l'a fait remarquer l'auteur que nous avons cité. D'une part, en effet, le mot « voix » n'implique parfois dans l'esprit du sujet que le caractère verbal du phénomène.

« D'autre part le mot « entendre », nous dit M. Séglas,

ne spécifie pas exclusivement un fait d'audition sonore. Qu'il y ait un trouble endophasique quelconque, de caractère automatique, que la parole reste intérieure, ou soit extériorisée, qu'elle soit auditive ou articulée (kinesthésique), le malade emploie toujours le même mot « entendre », alors qu'il peut n'y avoir aucun phénomène d'audition, même purement mentale. Ce mot « entendre », emprunté au vocabulaire usuel où il s'applique au langage de réception, ne fait plus que correspondre au caractère automatique, pensée que le sujet perçoit comme si elle lui était étrangère...

Enfin les mots « nettement, distinctement », sans s'appliquer forcément à une sensation sonore, peuvent marquer seulement que le sens de la communication reçue est très clair, que les termes en sont très nets et très distincts (1) ».

Ces analyses, essentiellement cliniques (nous voulons dire rigoureusement conformes à la réalité) ne visent nullement à supprimer la distinction nette de Baillarger entre les hallucinations vraies (ou psycho-sensorielles) et les pseudo-hallucinations. C'est qu'en effet, dans ces dernières années, non seulement on a soutenu qu'il n'y avait qu'une différence de degré entre les deux phénomènes, mais encore on a nié la réalité de l'hallucination vraie, en tant que phénomène psycho-sensoriel, en en faisant une variété d'interprétation. Pour certains auteurs (Masselon, G. Ballet, Blondel), avec des variantes que nous n'avons pas à examiner ici, il s'agit d'un trouble intellectuel, d'un trouble du jugement, qui n'étant plus capable d'attribuer au moi les produits de l'automatisme subconscients, les attribue à une personnalité extérieure.

Il est incontestable que le flot des interprétations secondaires et, chez certains sujets, de la fabulation même, rend malaisée la recherche du phénomène élémentaire (hallucination vraie ou pseudo-hallucination). Le langage lui-même, comme nous l'avons rappelé d'autre part, est trompeur ; mais il y a en outre un fait fort simple,

(1) Séglas. Hallucinations psychiques et pseudo-hallucinations verbales. *Journal de psychologie normale et pathologique*, juillet-août 1914, p. 305-306.

semble-t-il, et sur lequel on ne paraît pas avoir insisté, qu'il faut prendre en grande considération à propos du diagnostic de l'hallucination. Qu'exige-t-on, en effet, d'un malade lorsqu'on lui pose la question classique de savoir s'il *entend par les oreilles* ou si ses voix *viennent du dedans de lui-même*? On ne lui demande rien moins que de faire la distinction de la sphère des phénomènes psychiques et de celle des phénomènes du monde extérieur.

Pour préciser, le diagnostic de l'hallucination vraie suppose, en effet, la détermination du caractère objectif du phénomène étudié (voix en vision) par rapport au corps; celui d'hallucination psychique ou de pseudo-hallucination seulement, le caractère d'extériorité par rapport au moi. Or, ce sont là des distinctions spéculatives que la pratique de la recherche psychopathologique peut faire trouver très simples à chacun de nous, mais que la moyenne des individus même normaux et cultivés, mais non habitués à l'auto-observation ne possèdent pas. Les conditions ordinaires de la vie ont, en effet, pour exigence immédiate l'action sur le monde extérieur et nullement l'analyse des faits psychiques.

Il est facile d'en donner la preuve, en rappelant une remarque de Locke et de Leibniz, confirmée d'ailleurs par les linguistes modernes. Le langage s'étant développé, en effet, sous l'influence de l'attention dirigée sur le monde extérieur, il se trouve que les expressions qui désignent les phénomènes psychiques sont primitivement tirés du monde corporel. Le monde interne de l'esprit est désigné par des symboles empruntés au monde externe de l'espace: « Toutes les racines, dit Max Müller, c'est-à-dire tous les éléments matériels du langage, expriment des impressions extérieures et des impressions extérieures seulement » (1). De même le philologue danois Madvig remarqué: « Il faut prendre pour accordé que toutes les prépositions proprement dites désignent exclusivement, à l'origine, des rapports d'espace; non seulement parce qu'on est amené à ce

(1) Cité d'après H. Höffding. *Esquisse d'une psychologie*, trad. Poitevin, Paris, Alcan, 1906. Même remarque pour la citation suivante.

résultat en remontant jusqu'à la source de toutes les significations particulières, mais encore... parce que ces relations spatiales étaient les seules que l'on pouvait montrer et qu'elles avaient un tel relief que l'accord pouvait se faire sur les mots qu'on y rattachait et y appliquait. Le but du langage, c'est-à-dire le besoin, la tendance qu'éprouvaient les hommes quand ils parlaient, c'était donc de faire saisir les relations non spatiales des représentations par l'analogie qu'elles offraient avec les relations spatiales, et en les réduisant à ces dernières. »

Ainsi les expressions *imaginer*, *comprendre* (comprehendere), *esprit*, *âme* (de anima, souffle), expriment originellement des phénomènes matériels.

Nous croyons que ces remarques que nous avons empruntées à des linguistes sont de nature à jeter quelque lumière sur le problème du diagnostic de l'hallucination. Si, primitivement, le psychisme est orienté vers l'extérieur, et si cette orientation est concrétisée, pour ainsi dire, dans le langage, seul un sujet d'une certaine culture pourra arriver à faire les distinctions subtiles, même pour un esprit moyen, qu'exige la prise de conscience des traits caractéristiques de la pseudo-hallucination et de l'hallucination vraie.

En fait, c'est chez des sujets, dont le jugement était intact, chez lesquels il n'y avait pas le plus léger affaiblissement intellectuel et qui, en outre, présentaient une haute culture, c'est chez ces sujets, disons-nous, que nous avons trouvé la confirmation de l'existence indubitable de l'hallucination vraie dans le sens d'une « perception sans objet ».

Il va sans dire qu'à l'état de pureté, le diagnostic de l'hallucination psycho-sensorielle peut ne faire aucun doute chez un sujet même inculte, mais ces cas sont moins intéressants pour l'étude analytique du phénomène que ceux dont nous allons rapporter quelques exemples. Lorsqu'on veut étudier un phénomène en lui-même et pour lui-même, le choix des cas typiques est parfaitement légitime.

Nous rapporterons tout d'abord l'auto-observation d'un biologiste distingué, auteur de travaux scientifiques remarquables, qui fut atteint de mélancolie et

soigné à la Section militaire de l'Asile de Villejuif. Ce malade eut successivement des illusions et des hallucinations, qu'il distingue d'ailleurs parfaitement, comme on va le voir : « Au début, dit-il, je voyais des formes vagues dans le feuillage des peupliers situés en face de la fenêtre de ma chambre. L'eau qui était à terre m'apparaissait rouge. Je pensais être dans la cellule des condamnés à mort... J'ai vu, dans la cour, des gens auxquels je donnais la figure de ma femme et de mon petit garçon... Au milieu de la nuit, il m'est arrivé d'être réveillé par des bruits épouvantables, qui certainement n'existaient pas. C'étaient des gens qui criaient et dont je reconnaissais parfaitement la voix... J'entendais très nettement dans le grenier du premier quartier une voix qui parlait rapidement, comme dans un rêve. (Interrogé sur le sens de cette dernière expression, M. X... nous a dit qu'il voulait dire par là « *une voix précipitée, une voix blanche* ».) Il y avait plusieurs voix, la voix d'un homme qui aurait voulu frapper ma femme et la voix de celle-ci qui répondait. J'ai entendu également, étant au pavillon n° 3, la voix de mon petit garçon venant du pavillon n° 1. J'avais la certitude absolue de la réalité... J'ai vu également d'une fenêtre toute ma famille, quatre ou cinq personnes. J'en étais sûr, absolument sûr...

« C'étaient là des phénomènes absolument différents des formes vagues que j'ai vus, au début, dans le feuillage. J'avais conscience qu'il s'agissait de *formes dans le feuillage*... Pour mes visions postérieures et mes voix, il n'y avait aucune différence avec une perception réelle... J'avais la notion exacte de la distance à laquelle on parlait ; c'était, en général, à 4 ou 5 mètres au-dessus de ma tête, la hauteur du plafond... »

M. X... remarque, en outre, qu'à cette époque, il souffrait d'une véritable hyperesthésie sensorielle, mais cela ne l'empêche pas, comme on l'a vu, de distinguer nettement ses hallucinations vraies de ce qui me semble n'être que des illusions.

Voici, maintenant, ce que nous écrit un médecin, soigné depuis longtemps déjà à la Section militaire de l'Asile de Villejuif : « Dans les premiers mois de ma maladie, j'étais sujet aux hallucinations auditives. Cer-

taines personnes me parlaient ou causaient autour de moi tous les jours, souvent plusieurs fois par jour ; d'autres, de temps en temps, à des intervalles plus ou moins réguliers. Dans la première catégorie rentrent : ma femme, ma sœur, le colonel d'un de mes régiments, le caporal infirmier de mon dernier poste de secours ; dans la seconde, quelques parents, amis ou camarades.

« Les « voix » de toutes ces personnes m'arrivaient toujours nettes, *avec leurs caractères particuliers du timbre, de l'accent, de l'intonation*. Elles semblaient venir *le plus souvent de tout près, d'une pièce voisine de la mienne, de l'étage au-dessus ou au-dessous de celui occupé par moi, de la cour, du jardin ou de la rue, parfois de plus loin d'un hôpital que je venais de quitter, et même, mais rarement, de très loin, d'une autre ville*.

« Quand la voix me parvenait de loin ou de très loin, je supposais, pour expliquer ce phénomène, que ma chambre contenait, cachés sous le plancher ou dans les murs, des appareils amplificateurs du son (microphones), et que les personnes qui me parlaient ainsi à grande distance se servaient du téléphone. Dans tous les cas, *j'entendais parler si distinctement et si nettement* que je reconnaissais immédiatement et sans aucun effort la personne d'après sa voix.

« *La certitude de l'avoir entendue me faisait prévoir sa visite imminente ou sa rencontre*, et grande était ma déception quand mes prévisions ne se vérifiaient pas. Et encore aujourd'hui, quoique guéri et absolument convaincu de l'invraisemblance des sensations éprouvées, j'ai peine à croire, devant *la netteté et la précision de mes hallucinations auditives*, que j'avais été victime d'une illusion ». Le malade a ajouté, de vive voix, que les déceptions que lui causait l'absence des personnes dont il percevait si distinctement la voix, lui étaient très pénibles, et qu'il l'interprétait dans le sens de l'abandon.

Nous nous permettrons d'attirer l'attention sur la netteté et la précision des termes qu'emploie ce malade ; non seulement les caractères phonétiques de ses « voix » sont notés avec soin (timbre, accent, intonation), mais encore leurs variétés d'orientation spa-

tiale. Beaucoup de perceptions réelles manquent de caractéristiques aussi nettes et nous avons ici la confirmation de ce qu'avait remarqué Wernicke, à savoir que les hallucinations vraies ont parfois un caractère de réalité, de vie intense qui souvent manque à la perception réelle ; leur localisation spatiale est souvent aussi beaucoup plus nette. Enfin, ici comme dans la perception réelle, l'hallucination tend à se résoudre en actions ; le malade se prépare à recevoir les personnes « qui lui parlent », et il est fort déçu de ne pas les voir arriver.

Ce n'est pas là, cependant, un caractère spécifique, car le psychiatre russe Kandinsky qui fut atteint, durant deux ans, de mélancolie (?) et qui a étudié ses propres troubles psycho-sensoriels, remarque que certaines de ses hallucinations visuelles étaient « perçues » par lui comme s'il était myope. Ce qui est spécifique, à son avis, c'est leur objectivité sensible (fühlbare Objectivität).

Pour les hallucinations de la vue, nous pourrions citer la belle auto-observation du psychologue français Marillier, qui fut un élève de Magnan. Etant étudiant, il eut, durant deux mois environ, une hallucination complète ayant tous les caractères de la perception complètement développée. Comme on va le voir, la caractéristique essentielle, l'extériorité par rapport au corps, y est parfaitement notée, ceci soit dit en passant pour bien marquer qu'il ne s'agit pas ici de ces pseudo-hallucinations, très riches quant à leur contenu, que M. P. Janet a signalé chez les psychasthéniques, qui ne sont que des représentations mentales vives. Voici quelques passages de l'auto-observation de Marillier : « Le soir, vers 9 heures, quand j'étais assis à mon bureau, j'entendais ouvrir la porte de mon antichambre, celle de ma chambre ; on traversait ma chambre, j'entendais le bruit des pas sur le plancher, le frôlement d'une jupe, quelqu'un se penchait sur moi, je sentais son haleine sur ma joue, sa main qui s'appuyait sur mon épaule, parfois ses cheveux qui me frôlaient le visage, ses vêtements qui me touchaient. C'était une jeune femme...

« Je n'aurais pu, je crois, distinguer, autrement que

par sa situation l'image hallucinatoire de l'image réelle si je les avais perçues toutes les deux à la fois. Je voyais clairement les traits de son visage et les détails de ses vêtements, je *senta*is l'odeur qui s'exhalait de sa personne et que je n'aurais pas confondue avec une autre, puis elle se relevait, me parlait, je voyais *remuer* ses lèvres, je reconnaissais le timbre de sa voix; elle me parlait de ce dont nous causions à l'ordinaire, et l'illusion était si complète que, plus d'une fois, je me surpris à lui répondre. Elle me tendait alors la main, je sentais le contact de sa main, la douceur de sa peau, sa chaleur, je serrais cette main et je sentais une résistance à ma pression, j'avais donc une hallucination du toucher actif. Is... s'écartait alors un peu de moi, elle se plaçait devant un fauteuil de ma chambre qu'elle me *cachait*, et sa tête me cachait aussi une partie d'une gravure pendue au-dessus du fauteuil : mon hallucination me faisait donc *écran* comme un corps opaque. Je voyais à la fois le mur de ma chambre et la personne qui était placée devant, et il m'était impossible de saisir aucune différence de netteté et d'intensité entre ces deux perceptions, l'une réelle, l'autre hallucinatoire.

« Je continuais à travailler (je m'occupais alors de l'étude philologique des *Perses* d'Eschyle), et lorsque je levais les yeux de dessus mon livre, je voyais Is... immobile à la même place où je l'avais vue un instant auparavant. Puis je cessais de la voir, sans que j'aie jamais pu saisir le moment précis où elle disparaissait (1) ».

Cette auto-observation est, croyons-nous, d'une netteté telle par la précision des détails d'ordre strictement sensoriel, que nous avouons ne pas comprendre comment on pourrait lui appliquer la théorie de quelques auteurs qui, s'appuyant soit sur les fabulations de certains malades, soit sur des troubles réels de l'expression verbale de la pensée chez d'autres sujets, tendent à réduire l'hallucination vraie à des interprétations. Nous faisons allusion ici aux idées de M. Blondel, pour les travaux duquel nous avons, par ailleurs, la plus grande

(1) *Revue philosophique*, 1886, t. XXI.

estime; M. Blondel se pose, en effet, la question de savoir si, dans les cas où cette réduction est impossible, une « telle irréductibilité ne tiendrait pas plutôt à l'infirmité de nos moyens d'analyse psychologique qu'à une réelle différence de nature » (1).

Remarquons, en effet, et c'est par là que nous terminerons, qu'il ne s'agit nullement en la circonstance d'une question sans intérêt clinique et doctrinal. D'une part, en effet, il est classique de dire que l'hallucination psychosensorielle et l'interprétation comportent souvent un pronostic différent; en particulier il semble bien que l'hallucination psychosensorielle puisse survenir chez un sujet dont l'état mental est presque normal. Dans l'exemple de Marillier, il n'y avait qu'un léger épuisement physique et psychique (affectif et intellectuel). Le médecin dont nous avons cité les hallucinations est en voie de guérison complète. Il est inutile par contre d'insister sur le trouble profond du psychisme que décèle l'interprétation s'exerçant sur les éléments de l'automatisme subconscient.

D'autre part, les tendances de certains auteurs impliquent une conception nettement intellectualiste du psychisme. Réduire l'hallucination à un travail d'interprétation, c'est en faire un *trouble du jugement*. Constaté l'identité de l'hallucination et de la perception réelle, c'est en faire un phénomène de même ordre, c'est-à-dire physiologique, un réflexe cérébral très compliqué. Il nous suffira d'indiquer ces deux tendances divergentes; notre but a été simplement de démontrer que, si importants que soient les progrès faits depuis Baillarger dans la séméiologie des troubles dits « hallucinatoires », il ne fallait pas universaliser imprudemment des observations valables seulement pour certains types cliniques.

M. H. COLIN. — Nous avons encore plusieurs orateurs à entendre. C'est pourquoi nous demandons à la Société de remettre à une séance ultérieure la discussion de cette communication, la question étant maintenue à l'ordre du jour (*adopté*).

(1) Cf. Encéphale, 1910, t. I, p. 616.

Influence de l'ovariotomie sur l'épilepsie.

Par M. L. MARCHAND.

Le hasard a amené dans mon service, à quelques mois de distance, deux épileptiques qui avaient subi l'ablation des ovaires. La malade qui fait l'objet de la première observation n'avait jamais été internée auparavant et je n'ai pu établir l'action de l'ovariotomie sur l'épilepsie que par les renseignements donnés par son mari et la malade elle-même. La deuxième observation est beaucoup plus précise, car il s'agit d'une jeune fille épileptique, qui, après avoir été traitée à quatre reprises dans mon service, a subi l'ablation des ovaires pour des raisons que j'indiquerai plus loin et a été internée de nouveau à la Maison Nationale de Saint-Maurice plusieurs mois après l'intervention chirurgicale. J'ai donc pu comparer l'état de la malade avant et après l'opération.

Obs. I. — M^{me} B..., âgée de quarante-huit ans, entre à la Maison Nationale, le 22 mars 1919. Les renseignements héréditaires ne contiennent rien de particulier. B... n'a jamais eu de maladie grave. Elle s'est mariée à l'âge de vingt-quatre ans. Elle a eu un fils qui a été tué pendant la guerre; pas de fausse couche.

Les crises épileptiques sont apparues à l'âge de trente-huit ans sans cause nettement établie. Les grandes crises ont toujours été rares, deux ou trois par an; par contre les absences et les vertiges ont été fréquents et souvent suivis de troubles mentaux. La malade a suivi différents traitements; elle a pris pendant longtemps du bromure sans amélioration appréciable.

A l'âge de quarante-six ans, elle est atteinte de fibrome entraînant des métrorragies fréquentes et elle subit l'ablation sus-vaginale de l'utérus et des ovaires. Les suites de l'opération sont normales; pas de suppuration, pas de fièvre.

La famille avait l'espoir que cette intervention amènerait une modification heureuse dans l'évolution de l'épilepsie. Il n'en fut rien. D'après les renseignements du mari, confirmés par la malade, les vertiges et les absences devinrent plutôt plus nombreux; les troubles mentaux post-paroxystiques prirent une plus grande intensité. La malade se plaignait fréquemment de poussées congestives à la face.

C'est au cours d'un accès de confusion mentale post-paroxys-

tique que B... rentre dans notre service. Elle a eu, le 16 mars 1919, un accès convulsif présentant les caractères classiques de la grande crise épileptique et elle s'est mise immédiatement à délirer.

Elle présente à son entrée un délire confus ; les propos sont incohérents ; la voix est monotone : « Son portrait est tombé, dit-elle, c'est un grand malheur ; une catastrophe va en résulter ; l'univers va s'enflammer ; l'air est arrêté. La boule est en l'air ; elle va arrêter le soleil. Les grelots montent dans ses oreilles ; le bon Dieu vient de lui causer ; il lui annonce le retour de son fils, etc... »

La malade est calme. Tantôt elle se promène en parlant seule, l'air égaré, sans faire aucune menace ; tantôt elle reste assise en état de stupeur, ne répondant pas aux questions ou répondant au hasard par oui ou par non, ne reconnaissant personne, même pas son mari.

Au point de vue somatique on constate un léger empâtement des formes, de l'hypertrichose. Le corps thyroïde ne paraît pas augmenté de volume. La langue est légèrement saburrale ; les réflexes patellaires sont forts. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. Une réaction de Wassermann dans le sang est négative.

Cet état persiste jusqu'au 30 mars. Le matin, à la visite, je constate la disparition du délire ; B... croit me voir pour la première fois ; l'amnésie est complète et porte sur la période confusionnelle.

Les jours suivants, on note quelques absences très courtes. Il est difficile d'en préciser la fréquence, car elles ne durent que quelques secondes, ne s'accompagnent pas de chute et les personnes de son entourage ne s'en aperçoivent que par la pâleur du visage. B... quitte la Maison de Santé le 30 avril 1919.

OBS. II. — M^{lle} B... a une hérédité chargée. Son grand-père maternel est mort aliéné. Une tante du côté paternel est épileptique. Son père, âgé actuellement de cinquante et un ans, paraît bien portant. Sa mère, âgée de cinquante ans, est nerveuse et impulsive. Ses deux sœurs, âgées de vingt-trois et quinze ans, sont en bonne santé.

Dans son jeune âge, B... fut atteinte fréquemment de bronchite, le développement physique et intellectuel a été normal jusqu'à treize ans, époque à laquelle sont apparues les premières crises épileptiques. Celles-ci sont d'abord uniquement diurnes, ont lieu au moment des repas ; elles sont d'une courte durée et les mouvements convulsifs à peine indiqués. B... est soumise à un traitement bromuré qui reste sans effet. Puis elle est traitée par la galvanisation cervicale et les accès disparaissent. Il faut remarquer que les premières règles surviennent à cette époque,

et restent régulières pendant dix-huit mois, période pendant laquelle sa famille la croyait guérie. A l'âge de quinze ans, les règles disparaissent et en même temps les accès font leur réapparition avec une fréquence qui n'a plus varié.

Vers l'âge de dix-huit ans, des troubles psychiques graves précèdent ou suivent les accès convulsifs. La malade accomplit des fugues ou présente des idées de suicide. Cet état nécessite l'internement. B... est internée à la Maison Nationale du 16 janvier 1917 au 24 mai 1917, du 2 novembre 1917 au 28 juillet 1918, du 10 au 17 septembre 1918. Elle entre à la Maison Nationale pour la quatrième fois le 16 février 1919, à la suite des circonstances suivantes. Après une crise, B... est partie pour Dieppe où la police l'a recueillie; elle fut transférée de l'hôpital de cette ville dans notre service.

B... est alors âgée de vingt et un ans. Ses parents nous apprennent qu'elle est mal réglée depuis quelques mois et que les crises paraissent plus nombreuses au moment des époques menstruelles. Le jour de son entrée, B... a six crises convulsives ainsi caractérisées : aura consistant en un sentiment de peur, chute en arrière, perte absolue de connaissance, mouvements convulsifs peu étendus, morsure de la langue, émission d'urine; la durée de la crise est de quelques minutes. On constate, à la suite, un état de confusion mentale qui dure quelques jours. B... est agitée, grimpe après les impostes, déclame, frappe les infirmières, tient des propos érotiques, cherche à s'évader. Elle a une moyenne de dix crises par mois suivies fréquemment de troubles confusionnels. Les vertiges et les absences sont rares. On ne constate aucun symptôme d'organicité; les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Les règles, irrégulières, n'ont lieu que deux fois pendant les huit mois que B... reste dans notre service. Contrairement aux renseignements donnés par les parents, on ne constate pas une plus grande fréquence des crises avant, pendant ou après les époques menstruelles. B... quitte la Maison de Santé le 22 septembre 1919.

Le 25 décembre 1919, B... subit l'ablation des ovaires et de l'utérus. Elle est âgée de vingt-deux ans. Un médecin avait dit à sa famille qu'après cette opération, les crises ne se reproduiraient plus. La mère avait accueilli avec empressement l'idée de cette intervention, car elle craignait que sa fille, poussée par ses idées érotiques, n'ait des rapports sexuels pendant ses fugues et ne devînt enceinte. Les suites opératoires furent normales.

Douze jours après l'intervention, les crises nerveuses reparaissent avec les mêmes troubles confusionnels post-paroxystiques. La malade s'agite, touche à la plaie opératoire et l'infecte. La suppuration dure un mois. Les crises sont nombreuses,

presque quotidiennes. Les absences et les vertiges sont plus fréquents qu'avant l'opération. Les troubles mentaux deviennent permanents. Le caractère est irascible, la malade est instable.

Le 9 avril 1920, B... quitte le domicile de ses parents et va se placer comme bonne. Depuis quelques jours, elle répétait continuellement qu'elle ne voulait plus être à la charge de ses parents. Elle a une crise chez les personnes où elle est placée et c'est par hasard que son père peut la retrouver, car elle avait donné une fausse adresse. Elle refuse ensuite de s'alimenter, dit qu'elle veut gagner les 2.500 francs qu'a coûtés son opération. C'est dans ces conditions qu'elle entre pour la cinquième fois à la Maison Nationale le 14 avril 1920.

B... est amaigrie; le facies est pâle; l'haleine a une odeur prononcée d'acétone; les narines sont fuligineuses, la langue est sèche. Ces derniers troubles disparaissent rapidement, car la malade ne fait aucune difficulté pour s'alimenter. Les premiers jours de son entrée, B... ne présente que des vertiges; mais bientôt les grandes crises se reproduisent tous les jours et même deux fois par jour. A part l'absence des règles, on ne constate aucun autre symptôme particulier déterminé par la suppression des fonctions ovariennes. Le corps thyroïde ne paraît pas hypertrophié.

Les observations d'ovariotomie chez les épileptiques sont rares. Les anciens auteurs étaient portés cependant à considérer les règles comme une cause aggravante du mal comitial et certains d'entre eux conseillaient cette opération chez les sujets atteints d'épilepsie dite menstruelle (1). Schramm (2) l'a pratiquée dans deux cas et constata ensuite la disparition des accès; il suivit ses malades pendant un an. Russell (3) opéra une épileptique atteinte d'une double tumeur ovarienne, il nota seulement une amélioration de l'épilepsie.

Davidson (4) pratiqua cette opération chez plusieurs

(1) E. Toulouse et L. Marchand. Influence de la menstruation sur l'épilepsie. *Revue de psychiatrie*, mai 1913.

(2) Schramm. De l'ablation des ovaires comme cure de l'épilepsie. *Medical Record*, 26 février 1887, p. 246.

(3) A. W. Russell. Attaques épileptiformes compliquant une double tumeur ovarienne. Ablation du néoplasme; cessation des attaques. *The Glasgow med. Journ.* Vol. LXIII, n° 2, p. 99, fév. 1904.

(4) H. S. Davidson. Epilepsie ovarienne et son traitement par l'ovariotomie. *Edinburgh medic. Journ.*, vol. IV, n° 2, p. 125, février 1910.

malades atteintes d'épilepsie « ovarienne » et constata la guérison.

Les résultats obtenus par Schramm et Davidson sont en contradiction avec nos deux observations, mais en raison du nombre très restreint des cas connus, on peut penser que seuls les cas heureux ont été publiés.

La mauvaise influence de l'ovariotomie dans l'épilepsie s'accorde avec les faits suivants. Nous avons vu l'épilepsie apparaître après l'ovariotomie (1) chez une femme opérée pour kyste des ovaires. La thérapeutique ovarienne, comme nous l'avons montré avec M. Toulouse (2), peut améliorer notablement l'épilepsie chez les femmes.

Les ovaires n'ont pas seulement pour fonction l'ovulation ; ils sécrètent des humeurs utiles à l'organisme. Le défaut de cette sécrétion semble favoriser les crises, ce qui explique l'aggravation du mal comitial dans nos deux cas.

DISCUSSION

M. TRUELLE. — Le traitement ovarien a-t-il été institué et, dans ce cas, quel en a été le résultat ?

M. MARCHAND. — Ce traitement a été institué et le résultat en a été négatif. Cependant le traitement n'a pas été fait avec de l'ovaire frais de brebis.

M. VALLON rappelle brièvement un cas personnel dans lequel l'ovariotomie fut pratiquée chez un épileptique sans aucun résultat. D'une façon générale, il estime que les opérations sur l'appareil génital, chez les névropathes, ne sont jamais suivies d'amélioration des états névropathiques. Ou bien l'on n'obtient aucun résultat, ou bien ces résultats sont plutôt fâcheux.

M. TOULOUSE. — On observe, en réalité, des résultats très contradictoires. On peut dire que toute opération peut provoquer ou suspendre l'épilepsie. Il faut s'opposer, en tous cas, à toute opération sur l'ovaire sain. Une

(1) L. Marchand. Epilepsie convulsive survenue après une ovariectomie. *Revue de psychiatrie*, septembre 1899.

(2) E. Toulouse et L. Marchand. De la thérapeutique ovarienne chez les épileptiques. *Soc. de Biologie*, 18 février 1899.

opération ne peut être envisagée que sur un ovaire malade.

En ce qui concerne le traitement ovarien, il faut donner la préférence à l'ovaire frais de brebis dont l'action est beaucoup plus intense que celle des extraits secs. J'ai vu ce traitement ramener des règles absentes depuis plusieurs mois ; ce retour s'accompagne généralement d'amélioration.

M. MARCHAND. — Il est intéressant de faire remarquer que mes observations portent sur des troubles mentaux post-paroxystiques et que ces troubles se sont aggravés après l'opération.

Les bases psychologiques de l'enseignement de l'anatomie (1).

Par M. P. CHAVIGNY, médecin principal de 2^e classe, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Lorsque les étudiants en médecine ayant fait au moins quatre années de guerre et de pratique médicale aux armées, reviendront aux Facultés, ils auront hâte de passer des examens dont le seul mérite, à leurs yeux, sera de consacrer une expérience déjà chèrement acquise. Si, à ce moment, les Facultés prétendent user encore des méthodes archaïques en usage avant la guerre, tous leurs élèves, à bon droit, seront tentés de se demander pourquoi la carrière professorale est la seule qui, dans l'univers bouleversé, ait été capable de résister victorieusement à toute tentative de perfectionnement. Ils ne seront pas, en effet, sans avoir eu connaissance des transformations merveilleuses apportées pendant la guerre aux exploitations industrielles.

L'un des enseignements qui mériterait de subir les bouleversements les plus complets est celui de l'anatomie. Tel qu'il est compris actuellement dans les Facultés françaises, il est basé tout entier sur une erreur de psychologie, sur une méconnaissance absolue des qualités, des formes et de la capacité de la mémoire.

(1) Ce travail a été écrit en août 1918, sa publication a été retardée par un vote de la censure.

Le résultat de cet enseignement resté obstinément moyenâgeux par ses principes et par ses méthodes est d'ailleurs désastreux. Tout médecin a dépensé deux années de son existence sur l'étude de l'anatomie, et, pratiquement, il n'en a pour ainsi dire rien retenu. Interrogez vos confrères, ou si vous êtes modestes, interrogez-vous vous-mêmes, vous ne tarderez pas à être convaincus. Un dicton courant affirme qu'il faut avoir appris et oublié sept fois l'anatomie avant de la savoir. Une grande partie au moins des médecins n'a pas en les loisirs de lui consacrer une telle patience.

Quelles peuvent être les raisons de cet échec qui nous amène tous à ignorer aussi profondément l'anatomie ?

C'est une question de psychologie éducative qui mérite examen. L'anatomie, si on veut la savoir, la retenir, comporte l'usage, l'application de ce qu'il convient d'appeler « *la mémoire spatiale* ».

La « mémoire spatiale » comporte une orientation particulière de l'esprit, capable de se rappeler les figures des trajets qui se recoupent dans l'espace.

Les architectes savent bien quelle est la difficulté de représenter sur le papier toutes les données d'une construction dans l'espace. Pour retracer les détails d'une construction, en somme fort simple, celle d'une maison, ils sont obligés de faire le graphique suivant les trois dimensions (plan, coupe, élévation). Pour peu même que leur construction devienne un peu compliquée, les voilà astreints à multiplier les coupes.

L'étude de l'anatomie présente tout d'abord cette difficulté que le schéma anatomique de l'homme n'est nullement du type quadrangulaire simple, ce qui oblige à multiplier indéfiniment les coupes. Mais, ce qui est bien plus compliqué encore, c'est que le schéma doit, en outre, être réversible, le corps humain étant en général symétrique, tandis que certains organes ne le sont pas.

Ce n'est assurément pas faire un vain appel aux souvenirs personnels des médecins que de les engager à se rappeler les difficultés autrefois rencontrées lorsque, ayant appris certains détails se rapportant à un membre du côté droit, ils étaient ensuite obligés de le transposer en symétrie gauche.

En outre, lorsqu'on a appris certaines régions avec leurs rapports dans leur position de repos, il faut modifier toutes les proportions et même toutes les données de la construction pour se la représenter en une position de mouvement (par exemple, les divers aspects de l'aisselle).

C'est bien avec la mémoire spatiale que l'anatomie s'apprend et c'est bien ainsi que les chirurgiens arrivent à la savoir, parce qu'ils ont « circulé » dans la construction.

Il existe, en effet, diverses sortes de mémoire et Binet (1), par exemple, a eu bien raison d'y insister au point de vue de l'éducation. La mémoire d'évocation dans l'espace est très spéciale. Elle est le don de certains géomètres, des sculpteurs, de certains ingénieurs ou mécaniciens, qui, d'instinct, « voient dans l'espace » ce qu'ils imaginent ou ce qu'ils se rappellent.

Faites, si vous le voulez, l'essai de cette sorte de mémoire chez des individus, les uns bien dotés, les autres pauvrement dotés, en faisant voir aux uns soit l'escalier de l'Opéra, soit encore la coupe des pierres dans la voûte qui soutient l'escalier des Adieux, à Fontainebleau. Aux autres, vous essaieriez d'expliquer les mêmes constructions avec des figures et avec un texte.

La mémoire spatiale est pour quelques-uns un don naturel, inné, qui devrait, pour une part, désigner à l'avance l'anatomiste, le chirurgien.

Il faudrait cultiver cette mémoire, à elle seule on devrait s'adresser dans l'enseignement de l'anatomie, car, seule, en toute exclusivité, elle est en jeu dans cette étude.

Les traditions séculaires de l'Université ont poussé les Facultés dans la voie du livre. L'Université continue à enseigner, par exemple, la cosmographie dans des livres, avec des figures au tableau. Six mois d'études de cosmographie universitaire ne laissent pas comme bénéfice vrai dans l'esprit ce que six heures de démonstration en relief y auraient implanté pour jamais.

Les figures détraîtées d'anatomie, si parfaites qu'elles

(1) Binet. *Les idées modernes sur les enfants*, Flammarion, 1909, p. 162.

soient, quelque soin qu'on prenne de les améliorer, n'apportent jamais à notre esprit que des images tout à fait insuffisantes ou complètement fausses. D'abord, elles ont l'inconvénient d'être à des échelles très différentes entre elles et différentes aussi de la réalité, et l'étudiant ne se rend aucun compte de la réduction adoptée par le dessinateur.

Toutes les couleurs dont on agrmente ces figures sont des artifices qui concourent à égarer l'œil, lorsqu'on se reporte au cadavre (1).

Parfois, il est vrai, on a essayé de remédier à l'absence de plans dans les figures en éditant certaines photographies stéréoscopiques (centres nerveux; surtout); mais ces figures, malgré leurs avantages, ne donnent pas à l'étudiant cette vision spatiale complète d'un objet dont on aurait vu le relief et les rapports sous des angles variés.

Les partisans du *statu quo* ne manqueront pas d'objecter que la pratique de la dissection pourvoit à tous ces desiderata. Mais entendons-nous bien : *Si on considère la dissection comme un exercice d'habileté manuelle, comme un entraînement à la chirurgie*, elle pourrait être suppléée pour une grosse part par d'autres travaux manuels. Si, au contraire, la dissection est considérée comme *un apprentissage de l'anatomie*, c'est du temps presque totalement perdu, car, à la salle de dissection, l'esprit et la mémoire ne travaillent certainement pas avec assiduité pendant la dixième partie du temps qu'on y passe.

Il faut résolument orienter l'étude de l'anatomie dans le sens d'un exercice pratique de notre mémoire spatiale.

Auzoux avait déjà compris cette nécessité lorsqu'il avait construit son « homme élastique ». Mais celui-ci était trop fragile, trop coûteux, et n'a pu être laissé aux mains des étudiants. Puis, toutes les représentations des organes, soit en carton, soit en plâtre, ont l'inconvénient d'en être une image bien infidèle. Tous les modèles scolaires édités dans un but d'instruction tien-

(1) Un chirurgien qui sait déjà l'anatomie peut rafraîchir ses souvenirs par la lecture. Celle-ci évoque les images déjà vues.

nent de l'art chinois par le convenu de leur aspect, par l'infidélité radicale de leurs couleurs, de leur relief, etc.

A l'heure actuelle, ce qui semble la véritable orientation à donner aux recherches, c'est de perfectionner les moyens de conservation des pièces anatomiques. Nous ne parlerons pas des pièces injectées dont s'enorgueillissent les musées Dupuytren et autres. C'est encore un type de convention avec les synoviales injectées en noir, les vaisseaux en rouge ou en bleu le vernis qui les empâte.

La question de conservation des pièces anatomiques se relie intimement à celle de l'embaumement, et ce n'est par conséquent pas un sujet bien nouveau (1).

Le professeur Raphaël Du Bois avait fait exposer dans cette thèse, par son élève Parcelly, un procédé d'embaumement à l'alcool méthylique ou à l'éther nitrique. Mais ces procédés ont l'inconvénient d'aboutir à un racornissement tel des tissus que les proportions et les rapports en sont complètement modifiés.

Le liquide de Kayserling ne convient qu'à quelques cas spéciaux.

A l'époque actuelle, la pénurie de cadavres est telle dans les pavillons de dissection des Facultés que les étudiants y sont soumis à un rationnement ultra-parcimonieux, il est du devoir de ceux qui assurent l'enseignement de l'anatomie de recourir dans une très large mesure aux pièces conservées.

Mais il faut pour cela en arriver à une bonne technique de conservation. Des chercheurs peuvent y arriver : Ainsi, nous venons de voir tout récemment (1918), dans un asile d'aliénés voisin de Milan, les résultats tout à fait remarquables des recherches poursuivies depuis de nombreuses années par le professeur Paraviccini.

Le Dr Paraviccini est parvenu à trouver un procédé d'injections qui conserve soit le cadavre entier, soit des organes ou des portions d'organes avec leur aspect normal et leur souplesse, même au bout de plusieurs années. Tout dernièrement il nous avait conviés à assister à l'autopsie d'un cadavre conservé par sa méthode depuis

(1) Voir *Thèse Parcelly*, Lyon, 30 juillet 1891.

plus de quatre ans. L'autopsie anatomo-pathologique ou médico-légale pouvait en être faite dans tous ses détails et sans la moindre incertitude.

Cette méthode et d'autres analogues paraissent ouvrir la voie aux recherches et conduire à une transformation radicale dans l'enseignement de l'anatomie. Elle en est une solution extrêmement pratique. Sur des cadavres ainsi conservés, des dissections arrivées à divers degrés permettraient aux étudiants d'apprendre leur anatomie le livre en main, en suivant de l'œil et du doigt tous les objets dont le livre fait la description.

Je ne surprendrai assurément aucun des membres de la Société médico-psychologique en affirmant qu'on commence à comprendre et à savoir l'anatomie des centres nerveux du jour où, abandonnant le livre et ses vaines figures, on veut bien en faire l'étude sur un cerveau durci à point et sur des coupes successives.

Je ne doute pas que semblable proposition n'ait contre elle l'hostilité de divers professeurs, d'un grand nombre d'étudiants et de tous les éditeurs, car cela vient troubler soit l'état traditionnel de l'enseignement, soit la déplorable facilité qu'ont beaucoup d'étudiants d'apprendre par cœur même ce qu'ils ne comprennent pas.

La vérité d'une idée se mesure aux hostilités qu'elle soulève. Malgré tout, malgré toutes les hostilités, malgré toutes les oppositions, l'anatomie ne s'apprend que par construction dans l'espace (1).

DISCUSSION

M. COLIN. — Il est regrettable que M. Chavigny n'ait pu venir lire lui-même sa communication dont les vues originales auraient certainement soulevé une intéressante discussion.

(1) Pour toutes les applications de ce procédé, s'adresser à M. le professeur Paravicini, à l'asile de Monbello, par Bovisio, province de Milan.

Encéphalite léthargique et délire aigu (Remarques cliniques sur neuf cas de délire aigu à symptômes mésocéphaliques).

Par le D^r GEORGES PETIT, médecin adjoint de l'asile de Bourges.

Les notes et remarques que j'ai l'honneur de communiquer à la Société médico-psychologique ont trait à des analogies cliniques qui m'ont paru assez intimement rapprocher :

D'une part, le syndrome désigné en pathologie mentale sous la dénomination de *délire aigu*.

D'autre part, certaines formes d'encéphalites, de type toxi-infectieux et épidémique où prédominent des symptômes nerveux et psychiques assez particuliers, et que l'on range actuellement sous l'étiquette générique d'*encéphalite léthargique ou épidémique*.

Les neuf observations rapportées à ce point de vue concernent toutes des malades femmes, admises à l'asile de Bourges depuis le 1^{er} janvier 1919, et ayant présenté, au moment de leur entrée à l'asile, le syndrome classique de délire aigu.

OBS. I (1). — Délire aigu typique avec courte période de collapsus. Présence du signe de Kernig et d'un léger strabisme divergent. Mort au bout de trois semaines.

M^{lle} J. J..., quarante ans, ménagère, entre à l'asile le 28 février 1919.

ANTÉCÉDENTS. — Pas de renseignements.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Début des troubles mentaux par de l'agitation et du « délire continu » quinze jours avant l'admission à l'asile.

A l'entrée à l'asile, on observe les signes classiques du délire aigu : agitation psycho-motrice intense, refus d'aliments, signes de toxi-infection sans localisations organiques particulières, insomnie, etc.

(1) Communiquée par M. le D^r Vernet, que nous remercions de son obligeance.

On note en outre un léger *strabisme divergent* et la présence du *signe de Kernig*.

La période d'agitation se prolonge avec les mêmes caractères jusqu'au 6 mars. A ce moment lui succède la phase habituelle de collapsus qui se termine par la mort, survenue le 8 mars 1919, trois semaines environ après le début des troubles mentaux.

OBS. II (résumée). — Délire aigu typique évoluant en trois semaines, se terminant par la mort après une courte phase de collapsus, et accompagné, de façon intermittente, de myoclonie, d'ataxie aiguë avec titubation, de tremblements intermittents, de somnolence diurne avec insomnie et agitation nocturne, d'hypotonie palpébrale. — Hérité mentale chargée. — Grippe deux mois avant le début des troubles mentaux.

M^{me} C. D..., cinquante ans; sans profession.

ANTÉCÉDENTS. — Hyperémotivité et variabilité d'humeur habituelles. Dix ans auparavant, accès de « neurasthénie aiguë », ayant disparu assez brusquement au bout de quinze jours. Une fille de vingt ans atteinte de démence hébéphrénique. Une fille de vingt-deux ans bizarre. Ménopause depuis plusieurs mois. Grippe nettement caractérisée avec fièvre en janvier 1919.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Début à la fin de février par une période d'inquiétude avec interprétations délirantes; puis apparaissent des hallucinations auditives et psycho-motrices intermittentes de teinte dépressive. La malade accuse une céphalalgie très vive et de l'insomnie.

Le 11 mars, violente « crise de nerfs », à la suite de laquelle M^{me} D... s'agite, parle sans cesse et de façon incohérente, pousse des cris, paraît effrayée et cherche à s'enfuir. *Durant plusieurs jours, son visage aurait été animé de secousses et de grimaces continuelles.* Accentuation progressive de l'exaltation psycho-motrice avec incohérence des propos et désordre des actes, entre coupée cependant de périodes de lucidité, durant lesquelles la malade accuse des pressentiments sinistres et annonce qu'elle va mourir prochainement. La fièvre s'allume, l'état général devient défectueux; enfin M^{me} C. D... refuse toute alimentation à partir du 20 mars.

A son entrée à l'asile, le 24 mars 1919, la malade présente au complet le tableau classique du délire aigu : agitation motrice violente et continue avec logorrhée incohérente de teinte panophobique et contractions de défense, à chaque examen, des membres et des muscles abdominaux; la malade s'agrippant aux draps d'un air terrifié ou cherchant à fuir; facies pseudo-typhoïdique avec teint jaune terreux, lèvres fuligineuses, langue rôtie, etc.; refus absolu de tout aliment; température oscillant entre 37°9 et 38°6. On note en outre, avec de l'incontinence du sphincter vésical, *de la maladresse et un certain degré d'in-*

coordination des mouvements avec titubation dans la station debout ou pendant la marche, des contractions myocloniques fréquentes des muscles de la face, un tremblement intermittent des membres supérieurs. Réflexes tendineux exagérés. Hyperesthésie cutanée. Signe de Babinski négatif. Pas de Kernig. Pas de troubles oculaires, sauf une légère mydriase.

Cet état d'agitation avec logorrhée, panophobie, sitiophobie absolue (alimentation par lavements nutritifs et injections de sérum glucosé, tout essai de cathétérisme œsophagien provoquant immédiatement du spasme pharyngé ou des vomissements immédiats), fièvre modérée (37°9 à 38°7), pouls hypotendu à 120-140, persiste durant deux jours sans atténuation notable, et fait place assez brusquement, le 25 mars, à un état que mes notes qualifient de *semi-stupeur, la malade demeurant muette et immobile dans son lit, les paupières mi-closes*, mais se raidissant soudain et opposant une résistance farouche dès qu'on veut essayer de l'examiner plus attentivement ou tenter de l'alimenter.

Avec cet état de somnolence diurne alterne d'ailleurs pendant la nuit de l'insomnie avec crises de panophobie et tentatives de fuite; d'autres fois, la malade se contente de quitter son lit, et se promène lentement dans la salle d'un air égaré et en titubant.

Le 29 et le 30 mars, la fièvre atteint progressivement 39°3 et 39°9, en même temps que l'état général devient de plus en plus précaire, que le facies s'altère de plus en plus profondément, que les forces déclinent. Un véritable état de collapsus s'établit alors (facies grippé, pouls filiforme, tressaillements musculaires, température oscillant de 38°2 à 39°3, diarrhée séreuse avec incontinence des sphincters) durant lequel, à plusieurs reprises, la malade recouvre une lucidité remarquable, déclarant qu'elle souffre atrocement de la tête et de tout le corps, annonce sa mort prochaine et réclame sa famille qu'elle reconnaît et embrasse affectueusement. Elle meurt le 31 mars 1919, un mois environ après le début des troubles mentaux.

OBS. III (résumée). — Apparition à deux reprises du syndrome délire aigu au cours d'un état subaigu d'une durée de six mois, ayant débuté par des douleurs violentes et erratiques, et durant lequel on constate de façon transitoire des alternatives d'agitation psycho-motrice intense, avec opposition et résistance, et de somnolence, du signe de Kernig, de l'exagération des réflexes tendineux, du ptosis, des secousses myocloniques, puis des mouvements choréiques intenses de la face et des membres supérieurs, de la rigidité pseudo-parkinsonienne du tronc. Ptyalisme et parotidite double suppurée. Hyperglycorachie. Mort.

M^{me} M. C..., quarante ans, cultivatrice.

ANTÉCÉDENTS. — Un oncle paternel atteint durant un an d'un accès dépressif (non interné). La malade était considérée

comme normale par son entourage. Pas de grippe ni de maladies antérieures.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Début au commencement de mars 1919 par irritabilité anormale. Le 20 mars, la malade, qui était à ce moment en période menstruelle, accuse des *douleurs violentes et erratiques*, au niveau de la tête, des membres supérieurs et inférieurs, de la région lombaire. Des vomissements apparaissent en même temps et persistent durant cinq jours, accompagnés d'une fièvre élevée (39° constatés par le médecin). Les jours suivants, *ptyalisme avec crachotements incessants*, en même temps que s'établit progressivement un état d'excitation psycho-motrice avec logorrhée incessante et incohérente, idées délirantes polymorphes de teinte funèbre, crises de panophobie nocturnes, alternatives de lucidité et de confusion durant lesquelles la malade ne reconnaît plus son entourage, refuse de s'alimenter, pleure ou rit sans motifs.

A l'entrée à l'asile, le 4 avril 1919, la malade présente le syndrome classique du délire aigu : agitation psycho-motrice intense avec insomnie, fièvre modérée, refus absolu d'aliments, facies pseudo-typhoïdique avec teinte jaune terreuse des téguments qui persista durant toute la durée de l'affection. On note en outre de l'incontinence vésicale.

Le 9 avril, cinq jours après l'entrée, sédation des symptômes du délire aigu : la sitiophobie s'atténue peu à peu, la fièvre tombe, l'agitation motrice se calme, l'état général s'améliore. La malade présente alors un mélange de confusion et de lucidité relative, avec volubilité du langage, illusions fréquentes de reconnaissance, idées de persécution, refus partiel d'aliments, crises de larmes : « On l'a amenée ici pour la faire mourir, on a tué ses enfants, etc. ». Elle accuse en outre constamment une céphalalgie violente. L'insomnie est habituelle avec augmentation de la logorrhée pendant la nuit. Cet état persiste pendant près d'un mois, jusqu'au 12 mai.

A partir de ce moment, l'agitation psycho-motrice réapparaît progressivement. La malade parle sans cesse nuit et jour, ou chantonne sur un ton de mélodie : « Ils veulent me faire faire trop de choses... je ne peux pas suffire... je pleurerai quand on me fera pleurer... je rirai quand on me fera rire. » Elle quitte fréquemment son lit, pleure, rit, chante et crie tour à tour, et se livre à des actes incohérents ou singuliers qui paraissent être déterminés par des phénomènes hallucinatoires ou pseudo-hallucinatoires impératifs. Peu à peu l'agitation psycho-motrice s'accroît avec les mêmes caractères que précédemment (panophobie, verbigeration sur un ton de mélodie), la fièvre réapparaît, le facies reprend son apparence pseudo-typhoïdique, le refus d'aliments devient absolu, et pour la deuxième fois, on

observe un syndrome typique de délire aigu avec température oscillant de 37°9 à 38°5. À la fin du mois, on note en outre les signes d'une *parotidite gauche*, avec issue de pus par le canal de Sténon et léger trismus.

Néanmoins, à nouveau et pour la seconde fois, la fièvre tombe, au bout de quelques jours, l'état général s'améliore, les symptômes de parotidite disparaissent, et à l'agitation psychomotrice si bruyante et si dramatique fait place un état assez particulier de torpeur et de semi-somnolence, état d'où il est possible de tirer la malade en lui posant des questions précises auxquelles elle répond assez rapidement : on constate alors un mélange de lucidité relative, avec conscience de son état, et de confusion avec illusions fréquentes de reconnaissance, idées de persécution, méfiance, résistance obstinée, avec tentatives de fuite, à l'occasion de chaque cathétérisme œsophagien. La sitiophobie a persisté en effet cette fois d'une manière absolue. On note également de la *siélorrhée* abondante avec sputation assez fréquente. Cet état de torpeur avec sitiophobie alterne avec de courtes périodes d'excitation, surtout nocturnes, durant lesquelles la malade pleure, chante, ou se met à bavarder de façon incohérente, et persiste sans élévation notable de la température centrale jusqu'à la fin de juin 1919.

À cette époque, s'établit un état de pseudo-collapsus avec hypothermie (température rectale oscillant de 35°4 à 36°4), facies grippé et pouls filiforme. La malade demeure couchée en chien de fusil, tantôt prostrée, silencieuse et somnolente, tantôt au contraire, prononçant à voix basse et avec rapidité des propos incohérents sur un ton pleurard, chantant des paroles rythmées ou fredonnant des mélodies monotones d'une voix à peine intelligible. On constate à ce moment le *signe de Kernig* nettement positif avec *exagération manifeste des réflexes tendineux* (sans clonus du pied ni de la rotule), des *secousses myocloniques* des membres supérieurs et inférieurs, surtout accentuées au niveau des mains, des avant-bras et des cuisses, de l'*incontinence du sphincter vésical*, de la *constipation opiniâtre*. Pas de raideur de la nuque, pas de troubles oculaires, sauf un léger *ptosis* essentiellement fugace et transitoire. Certains jours, on peut constater un véritable *état catatonique* avec conservation des attitudes.

La *ponction lombaire*, pratiquée le 3 juillet, donne issue à un liquide clair, couleur eau de roche, où l'examen (1) ne décele

(1) Les examens microscopiques ont été pratiqués par M. le médecin principal Girou, chef du laboratoire central de la 8^e région, que nous remercions de son obligeance.

aucun élément cytologique ou microbien. Au point de vue chimique, pas d'hyperalbuminose; en revanche, on constate une augmentation notable de la quantité de sucre (*hyperglycorachie*).

Cet état psychique et somatique avec hypothermie se prolonge durant les trois premières semaines de juillet. Une escarre sacrée s'est constituée et s'agrandit progressivement. La salivation est abondante à tel point que le traversin du lit de la malade est continuellement mouillé de salive.

Vers le 20 juillet, l'excitation psycho-motrice réapparaît assez intense: logorrhée avec incohérence des propos « des chaussettes, a... b... c... laissez-moi faire des chaussons... etc. » écholalie et psittacisme (la malade répète aussitôt tous les propos tenus autour d'elle). M^{me} M. C... s'exprime toujours avec volubilité, tantôt sur un ton pleurant ou même entrecoupé de véritables crises de larmes, tantôt éclatant de rire sans motif appréciable. L'attention ne peut être fixée que de façon très insuffisante (cependant la malade tire la langue au commandement) et il est impossible d'obtenir une réponse correcte à une question. Indifférence à l'égard des visites de sa famille. L'agitation s'accompagne en outre de mouvements incoordonnés et rapides, à type choréique, des membres supérieurs (mouvements de marionnettes), de la face, des lèvres, de la langue; en revanche, on note pendant quelques jours une rigidité particulière du tronc et des membres inférieurs. Même sitiophobie avec résistance à toute intervention et à tout examen qui ne peuvent être pratiqués qu'en faisant maintenir la malade, qui s'accroche avec ténacité à ses draps ou se cramponne aux mains ou aux bras des infirmières. Livrée à elle-même, elle se lève sans cesse pour aller à la fenêtre en titubant, se couche sur le parquet, frappe dans ses mains, noue et dénoue sans cesse ses cheveux, se gratte la tête avec frénésie, manie ou défait sans interruption ses draps.

Vers le 10 août, l'agitation s'atténue peu à peu. Il lui succède alors un état d'obtusion confusionnelle avec torpeur ou somnolence surtout diurne, entrecoupée parfois durant la nuit d'agitation avec cris, vociférations et actes désordonnés. La malade s'affaiblit progressivement et se cachectise: l'escarre sacrée s'agrandit et se creuse, une diarrhée séreuse s'établit; on note en outre de nouveau, durant les derniers jours, des signes de parotidite double suppurée. Mort le 18 septembre 1919.

À L'AUTOPSIE, on constate une congestion très intense du cerveau ayant par places la teinte hortensia, et des lésions très marquées de parotidite double suppurée. Pas d'autres lésions viscérales appréciables à l'examen macroscopique.

OBS. IV (résumée). — Délire aigu typique d'une durée de quinze jours terminé par une très courte phase de collapsus. Syndrome choréiforme très accentué, à la phase initiale de l'affection, ayant réapparu deux jours avant la phase terminale du collapsus. Eruption purpurique au début des troubles mentaux. Hyperglycorachie. Enorme dilatation aiguë de l'estomac. — Pas d'antécédents vésaniques. Grippe antérieure.

M^{me} V^{re} A. M..., trente-huit ans, ménagère.

ANTÉCÉDENTS. — Rien à signaler. Le fils de la malade, âgé de onze ans, aurait été atteint de fièvre cérébrale, avec délire, trois semaines avant le début de l'affection maternelle. Malade considérée comme normale. *Grippe* au début de l'année.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Début insidieux vers fin septembre 1919 par changement de l'humeur, tristesse, insomnie, céphalalgie. Vers le milieu d'octobre, *éruption purpurique* assez étendue. A la même époque, M^{me} A. M... accuse des sensations auditives anormales mal différenciées et une céphalalgie intense avec sensation constante de bouillonnement intracérébral. En même temps apparaît une agitation choréique intense avec logorrhée qui motive le placement à l'asile.

A son entrée à l'asile, le 18 octobre 1919, le malade, qui se trouve alors en pleine période cataméniale, offre le tableau classique du délire aigu. Agitation psycho-motrice intense avec cris, appels : « Ils ont tué mon enfant... ils vont me tuer... au secours... on va me brûler... » Crises de panopobie avec résistance (la malade s'accroche énergiquement aux mains ou aux bras de ceux qui l'approchent), gestes éperdus de défense ou de fuite dès qu'on prolonge l'examen. Néanmoins, et tout en continuant à s'exprimer avec volubilité, M^{me} A. M... répond parfois avec une parfaite lucidité pendant de courts instants durant lesquels elle donne des renseignements exacts et très précis sur sa situation actuelle et sur certaines circonstances de sa vie, montrant une conscience remarquable de la gravité de son état, déclarant par exemple qu'elle est bien malade et qu'elle ne tardera pas à rejoindre son mari dans la tombe, s'interrompant parfois pour faire une remarque juste sur un incident qui se déroule dans la salle ou apostropher une malade trop bruyante. Illusions de reconnaissance avec hallucinations auditives et cœnesthésiques probables. « Ils m'électrisent dans les oreilles... c'est communiqué partout... » Idées vagues de persécution et idées mystiques confuses de teinte dépressive. Humeur très mobile : chante en pleurant, éclate en sanglots, vocifère avec colère. Intonation également très variable et très mobile. Sentiment de la pudeur conservé malgré l'agitation.

Sitiophobie presque absolue.

Aspect pseudo-typhoïdique du visage, avec teinte jaune

terreuse des téguments. Lèvres sèches, narines pulvérulentes, langue rôtie, odeur fétide de l'haleine. Peau sèche et brûlante. Température oscillant entre 38°2 et 38°9. Ptyalisme avec sputation incessante. Incontinence du sphincter vésical. Insomnie.

Pas de troubles des réflexes tendineux ou cutanés. Pas de signes oculaires. Pas de Kernig. Ni sucre, ni albumine dans l'urine.

Les jours suivants, l'agitation psycho-motrice persiste avec une intensité de plus en plus accentuée. Crises nombreuses de panopobie avec raptus de défense violents. Sitiophobie absolue : la malade souffle avec force dans tout liquide présenté, ou le prend un instant dans la bouche pour le rejeter aussitôt. Les tentatives de cathétérisme œsophagien provoquent également le plus souvent un spasme violent du pharynx avec efforts de vomissements : néanmoins quelques lavages d'estomac peuvent être pratiqués.

Ponction lombaire pratiquée le 26 octobre : liquide clair, couleur eau de roche, modérément hypertendu. Pas d'hyperalbuminose. En revanche, *hyperglycorachie* très nette. L'examen microscopique n'a pu être effectué.

Le 27 octobre, début d'une escarre sacrée. L'agitation est toujours extrêmement vive malgré l'état de faiblesse et d'émaciation croissantes de la malade. M^{me} A. M... répète fréquemment en scandant les mots : « Une fois .. deux fois... c'est suffisant... ou pas du tout. » Le facies devient de plus en plus grippé. Les gencives sont saignantes, et la malade crache sans cesse en vociférant de véritables pseudo-membranes sanguinolentes de couleur brunâtre et d'odeur atrocement fétide. Sitiophobie toujours absolue. La température oscille entre 37°9 et 38°8. Incontinence des sphincters.

Le 28 octobre, la température s'élève à 39°8. L'agitation, souvent de teinte coléreuse avec menaces, alterne avec une sorte de rumination logorrhéique monotone où reviennent sans cesse les mots : « Une fois... deux fois... encore... » et de courtes périodes de semi-torpeur durant lesquelles la malade reste immobile, les yeux mi-clos. Mais le soir de ce jour, cependant que la malade demeure silencieuse, débute un véritable *état choréiforme* avec mouvements incessants et incordonnés des membres, grimaces de la face, mouvements rapides de succion des lèvres et de la langue, etc. On note en même temps une énorme *dilatation de l'estomac*, qui descend jusqu'au niveau du pubis, et d'où le cathétérisme ramène plus de deux litres d'un liquide verdâtre, inodore, d'aspect biliaire. Malgré les lavages fréquemment répétés, cette dilatation persista avec les mêmes phénomènes de stase jusqu'à la mort. Quant à l'agitation choréiforme, elle se manifestait encore avec une intensité

remarquable le 29 au soir, quelques heures à peine avant la courte période de collapsus avec incontinence et carphologie qui précéda le décès. Mort le 30 octobre, quinze jours environ après le début des troubles mentaux.

L'autopsie ne permit de constater au point de vue macroscopique que de la congestion diffuse du cerveau et l'énorme dilatation gastrique signalée plus haut. Pas d'autres lésions organiques appréciables macroscopiquement.

OBS. V (résumée). — Syndrome du délire aigu au début d'un état fébrile subaigu d'une durée de trois semaines, caractérisé par des alternatives d'agitation psycho-motrice intense, avec opposition et résistance, et de somnolence. Mélange de confusion et de lucidité. Raideur pseudo-parkinsonienne avec titubation, tremblements, oscillations bradykinétiques, bâillements. Ptosis palpébral fugace. Hyperglycémie. Guérison.

M^{me} B. M..., trente ans, cultivatrice.

ANTÉCÉDENTS. — Une sœur plus jeune présenterait des « idées noires » depuis quelques années. La malade n'avait pas été atteinte par l'épidémie de grippe qui aurait cependant affecté assez gravement les autres membres de sa famille. Surmenage physique durant quelques mois auparavant.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Les troubles mentaux éclatent assez brusquement, le 29 octobre 1919, au moment de l'établissement de la période cataméniale habituelle; ils auraient été précédés d'une céphalalgie assez violente et d'insomnie durant les nuits précédentes. La malade, d'ordinaire calme et plutôt taciturne, se met soudain à parler avec volubilité et incohérence, pleurant sans motif, puis s'agitant soudain, se roulant à terre ou tentant de fuir en criant qu'elle voit la mort, qu'on vient pour la tuer, qu'on va la brûler; elle parle également de croix, de cimetière, etc. Elle fait des gestes désordonnés, crie et se débat, vocifère et invective les personnes de son entourage qu'elle essaie de mordre, de griffer ou de frapper à coups de pied, leur crache au visage. Cet état d'agitation, plus accentué durant la nuit, alterne de temps en temps, pendant le jour, avec de courtes périodes de calme relatif et de lucidité durant lesquelles M^{me} B. M... reconnaît son entourage, déclare qu'elle a « perdu la tête », et qu'elle a le pressentiment de mourir prochainement. Par moments aussi, succèdent à l'agitation de courtes périodes de somnolence d'une durée de une à deux heures, après lesquelles l'agitation, toujours plus intense durant la nuit, se renouvelle avec la même violence. Salivation abondante avec expectoration fréquente. Sueurs abondantes. Température oscillant entre 38° et 39°.

Hospitalisée d'abord à l'Hôtel-Dieu de Bourges, la malade

est bientôt évacuée sur l'asile d'aliénés en raison de son extrême agitation.

À l'entrée à l'asile, le 4 novembre 1919, M^{me} B. M... présente un syndrome d'agitation psycho-motrice du type délire aigu avec crises d'anxiété paroxystique durant lesquelles la malade quitte son lit, marche dans la salle d'un air égaré, découvrant les autres malades qu'elle prétend reconnaître et qu'elle appelle par leur nom supposé. Elle parle avec volubilité, mais de façon à peu près inintelligible, faisant fréquemment des signes de croix, et marmottant des mots ayant trait à la religion catholique. Refus absolu de tout aliment : la malade prend le lait dans sa bouche, mais le recrache aussitôt en faisant la grimace. Facies pseudo-typhoïdique : yeux chassieux et excavés, lèvres fuligineuses, langue sèche et rôtie, teints légèrement terreux du visage avec rougeur des pommettes. La température atteint 37°9 le matin, 38°2 le soir. Pouls rapide et hypotendu, à 120. Pas de signes de toxi-infection organique localisée à l'examen des divers autres appareils.

La nuit suivante, agitation extrêmement violente avec panopobie intense, menaces, vociférations, invectives. La malade se roule à terre en criant et en appelant au secours, tente de s'enfuir en renversant les infirmières, etc. Cette agitation cesse avec le jour, et l'état mental constaté le lendemain de l'entrée contraste singulièrement avec celui de la veille : le 5 novembre au matin, en effet, M^{me} B. M... se présente à nous dans un état de torpeur somnolente, le facies figé et hébété, marchant à pas lents et hésitants, en titubant un peu, le corps raidi tout d'une pièce, animé parfois d'un tremblement généralisé ou d'un balancement lent. Il est impossible de la faire tenir assise; elle se lève aussitôt de sa chaise en disant : « elle cassé... elle plié... », et demeure debout, comme incertaine de ce qu'elle doit faire, bâillant sans cesse et répondant aux questions après un temps de réaction assez considérable et d'un air endormi. Elle ne parle pas spontanément, mais, interrogée, elle donne avec lenteur quelques renseignements sur son nom, son âge, son domicile, et l'on constate avec étonnement que malgré son apparence de torpeur confusionnelle, elle est parfaitement orientée dans le temps et dans l'espace. Elle affirme, au reste, n'être pas malade; mais elle se plaint cependant d'un violent mal de tête. Idées de persécution : « On lui a donné des coups de fourche dans le grenier, on l'a pendue dans la cheminée; etc. Elle ne peut, dit-elle, avaler le lait, parce que ça ne peut pas couler jusqu'au fond... ça lui fait mal au cœur et à la gorge... c'est bouché. » Même facies pseudo-typhoïdique avec léger *ptosis palpébral* surtout accentué à gauche. Trémulation des membres avec maladresse des mouvements.

Réflexes patellaires exagérés. Pas de Kernig ni de Babinski. Pupilles en myosis, réagissant paresseusement à la lumière. Hyperesthésie généralisée intense : la malade se plaint et gémit dès qu'on la touche. Fièvre légère, 38°2 à 38°6.

Ponction lombaire. Liquide couleur eau de roche. Pas d'hyperalbuminose. *Hyperglycorachie* notable. L'examen microscopique n'a pu être effectué.

Cet état assez particulier, faits d'alternatives fréquentes et très variables d'agitation psycho-motrice intense, surtout nocturne, avec panophtobie, de somnolence surtout diurne avec facies figé et attitude soudée pseudo-parkinsonienne, de confusion hallucinatoire et de lucidité relative, de mobilité de l'humeur avec crises de larmes ou sourires immotivés, accompagné de ptosis palpébral d'intensité variable, d'hyperesthésie généralisée, de trémulations inconstantes, de bâillements, de titubation, d'incontinence d'urine, persiste, avec une fièvre modérée (37°9 à 38°8) et accompagné de sitiophobie, pendant plusieurs jours. Par instants, M^{me} B. M... accuse des idées délirantes de persécution et des idées dépressives de teinte funèbre, elle résiste avec violence, en s'accrochant à ses draps ou en tentant de glisser de son lit à terre, à tout examen et à toute intervention.

Au bout de quelques jours, les crises d'agitation deviennent moins intenses et moins fréquentes, la sitiophobie disparaît, bien que la malade fasse toujours quelque difficulté pour s'alimenter et se laisser traiter; la fièvre tombe, les lèvres et la langue se dépouillent, l'incontinence d'urine cesse, et il s'établit, vers le 15 novembre, un état de semi-stupeur avec somnolence, la malade demeurant assise sur son lit, inactive, le facies figé ou pleurard, les paupières tombantes, balançant parfois le tronc d'arrière en avant, ne parlant pas spontanément, et accusant, lorsqu'on l'interroge, tantôt un état confusionnel avec illusions de reconnaissance et propos incohérents, tantôt une lucidité assez impressionnante teintée néanmoins d'un certain degré d'indifférence. On note des crises de larmes survenant assez fréquemment et sans raison apparente.

Cet état de somnolence s'atténue à son tour progressivement vers le 22 novembre (soit trois semaines environ après le début de la maladie) en même temps que disparaît la répugnance à s'alimenter. La malade demande spontanément à s'occuper, et commence à coudre un peu dans son lit. Il persiste néanmoins un peu de tristesse avec tendance aux pleurs, un certain degré d'onirisme nocturne avec rêves funèbres ou terrifiants, en même temps que persiste la croyance en la réalité rétrospective des idées de persécution.

Ces symptômes s'amendent à leur tour au début de décem-

bre : à cette époque, la malade, parfaitement calme et lucide, se rend compte du caractère pathologique des manifestations qu'elle a présentées ; elle accuse encore une légère céphalalgie, mais s'occupe journellement avec régularité et activité à divers travaux manuels.

Elle quitte l'asile le 31 décembre 1919. A ce moment, elle n'accuse plus aucun trouble mental ou somatique appréciable. Elle donne volontiers des renseignements qui paraissent sincères sur les diverses périodes de sa maladie et sur la nature onirique, de caractère terrifiant ou funèbre, de ses idées dépressives ou de persécution. Les souvenirs spontanés ou provoqués de cette période sont parcellaires, mais assez précis. Ajoutons que nous ne constatons alors aucun signe d'affaiblissement intellectuel ou de dissociation affective, et qu'il ne persiste aucune séquelle somatique.

OBS. VI (résumée). — Délire aigu typique d'une durée de trois semaines. Agitation choréiforme deux jours avant la période de collapsus. Parotidite gauche suppurée. Mort.

M^{me} G. G..., cinquante-sept ans, sans profession, entre à l'asile le 6 décembre 1919.

ANTÉCÉDENTS. — Mère morte à quatre-vingt-quatre ans de démence sénile. La malade aurait présenté, dix-huit ans auparavant, une crise de « neurasthénie » d'une durée de deux mois ; elle aurait toujours été « nerveuse et impressionnable ». Ennuis familiaux récents. Pas de grippe antérieure.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Début par insomnie avec état d'excitation verbale de plus en plus accentué aboutissant à la fin de novembre à de l'agitation psycho-motrice avec alternatives de confusion et de lucidité, panopobie, pressentiments sinistres, sitiophobie.

A l'entrée à l'asile, M^{me} G. G... présente les symptômes classiques du délire aigu. Agitation psycho-motrice intense avec propos incohérents, vociférations, chants monotones ou scandés, pleurs, désordre des actes (la malade se balance sur le sommier de son lit ou s'échappe dans la salle pour se rouler sur le parquet). Etat confusionnel habituel entrecoupé cependant de périodes de lucidité avec conscience relative de sa situation et pressentiments sinistres. Idées de persécution et idées dépressives de teinte funèbre. Sitiophobie absolue : la malade rejette en soufflant tout liquide présenté. Fièvre oscillant entre 38°1 et 39°. Facies pseudo-typhoïdique. Peau sèche, langue rôtie, lèvres fuligineuses, narines pulvérulentes. Incontinence du sphincter vésical. Insomnie. Salivation exagérée. Crises de sueurs profuses.

Cet état d'agitation psycho-motrice persiste sans aucune

sédation jusqu'au 13 décembre. A toute tentative d'examen ou d'intervention (lavages d'estomac, injections de sérum, etc.), la malade se cramponne aux assistants ou s'accroche à ses draps avec ténacité. Elle ne cesse de parler, de crier ou de faire balancer son sommier. Propos incohérents articulés d'un air anxieux ou terrifié : « La mort... la mort... le feu... le feu... je brûle... je brûle... vous êtes fous... nous sommes fous... » Parfois elle compte et recompte avec persistance : « Un... deux... trois... quatre... » ou répète avec lenteur : « Une fois... deux fois... trois fois... »

Le 14, sédation progressive de l'excitation à laquelle fait place durant tout le jour un état de somnolence avec demi-torpeur confusionnelle, la malade répondant aux questions d'une voix lente et ne semblant pas reconnaître les membres de sa famille venus la visiter. La température est tombée à 37°8 le soir, à 36°8 le matin. La malade consent à prendre quelques gorgées de lait sans trop de résistance. La nuit suivante cependant, l'agitation psycho-motrice avec panophtobie, crises d'anxiété, raptus violents, cris terrifiants se reproduit pour, le lendemain, laisser place à nouveau à de la somnolence avec stupeur confusionnelle.

Le 15 et le 16 s'établit alors avec une intensité croissante, et à mesure que la fièvre remonte jusqu'à 39°3 et 39°4, un véritable *état choréiforme généralisé avec mutisme presque absolu*, grimaces de la face, tic de succion, mouvements incoordonnés et rapides des membres supérieurs, de la tête, des membres inférieurs. La sitiophobie redevient absolue en même temps que l'opposition et la résistance *silencieuses* se manifestent à nouveau avec ténacité. On peut noter cependant l'existence d'une *parotidite gauche* avec tuméfaction appréciable.

A cette agitation choréiforme succède le 18 un état de collapsus avec abattement, faciès grippé, pouls filant, incontinence des sphincters, mûssitation, mouvements automatiques de plus en plus arythmiques et lents, température élevée (39°8-40°4) qui aboutit à la mort le 19 décembre.

A l'autopsie, on note une congestion intense du cerveau dont les vaisseaux sont gorgés de sang et semblent injectés; par place existent quelques suffusions sanguines. Liquide céphalo-rachidien très abondant sans signes de dilatation ventriculaire. Les reins et le foie sont également très congestionnés, mais ne présentent pas d'autres lésions macroscopiques appréciables. On constate une parotidite double, plus accentuée du côté gauche où quelques gouttelettes de pus sont déjà collectées.

OBS. VII (résumée). — Délire aigu typique d'une durée de deux semaines avec hyperthermie terminale considérable : 39°7 à 42°9. Eruption

purpurique au début des troubles mentaux. Mouvements choréiformes apparaissant à la phase initiale de l'affection et réapparaissant quelques jours avant la période terminale de collapsus. Tremblements et secousses myocloniques. Présence bilatérale du signe de Babinski. Mort.

M^{me} veuve P. C..., trente-huit ans, ménagère.

ANTÉCÉDENTS. — Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ou collatéraux. Grippe au début de janvier 1920. Le jeune fils de la malade aurait été atteint au début de janvier d'une affection nerveuse, indéterminée, avec fièvre et éruption purpurique.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Début à la fin de janvier par céphalalgies, insomnie, irritabilité; *éruption purpurique* généralisée. Au bout de quelques jours, apparaît de l'excitation psychique avec logorrhée; accès de colère; *mouvements choréiformes*; à laquelle succède bientôt un état d'agitation psycho-motrice intense avec idées délirantes de teinte dépressive ou mystique, crises de panopobie, raptus violents avec tentative absurde de suicide (la malade a essayé de pénétrer dans un poêle allumé); refus d'aliments; qui motive son placement à l'asile de Bourges.

À l'arrivée à l'asile le 8 février 1920, M^{me} P. C... présente le tableau habituel du délire aigu. Agitation psycho-motrice intense avec exacerbations anxieuses, coléreuses ou panopobiques, raptus violents durant lesquels la malade crie qu'elle veut se brûler, que toute sa famille est morte, qu'elle a une mission à remplir, qu'elle a vu le Bon Dieu, etc. L'attention instable ne peut être fixée; les propos sont incohérents. Résistance et opposition: la malade se cramponne frénétiquement aux mains ou aux vêtements de tous ceux qui l'approchent. Cris, chants, vociférations, verbigération logorrhéique de teinte mystique, érotique, ou simplement grossière et injurieuse. Refus absolu de tout aliment. Facies mobile, tantôt anxieux, terrifié ou coléreux, tantôt exprimant l'abattement. Conjonctives injectées; langue sèche, lèvres fuligineuses. Traces de contusions multiples avec brûlures superficielles de la face, des pieds et des mains. Température oscillant de 38°2 à 39°7. Urination involontaire.

Cet état d'agitation violente persiste sans interruption pendant la nuit du 8 et la journée du 9, mais s'atténue assez rapidement dans la soirée de ce jour. A ce moment la malade, devenue silencieuse, consent à absorber du lait; mais son facies exprime toujours, dès qu'on l'examine, un mélange de confusion et de crainte anxieuse; et elle regarde autour d'elle d'un air égaré. L'examen des divers appareils effectué à ce moment ne permet de déceler aucun signe de localisation organique toxico-infectieuse au niveau des appareils digestif, respiratoire, circu-

latoire. Eréthisme cardiaque avec pouls à 120 dur et vibrant. Réflexes patellaires très diminués des deux côtés. Signe de Babinski bilatéral. Pas de troubles oculaires. Pas de titubation. Mais on note, par intermittences, du tremblement généralisé et quelques secousses myocloniques légères des extrémités surtout marquées au niveau des mains. Constipation, depuis l'entrée, avec incontinence urinaire. Température : 38°6. Par moments, la malade s'assoupit et semble somnoler.

La nuit suivante, réapparition de l'agitation désordonnée avec cris, vociférations, raptus panophodiques.

Le 10 février au matin, nous constatons, contrastant avec la logorrhée de la nuit, un *mutisme* absolu (d'où les questions ne parviennent pas à tirer la malade), qui s'accompagne de *mouvements choréiformes* intenses, rapides, incoordonnés, surtout accentués au niveau des membres supérieurs, du cou et de la face (grimaces, mouvements de succion, etc.).

Cet état persiste avec les mêmes caractères dans la journée du 10, durant la nuit suivante, et pendant toute la matinée du 11. Il est accompagné d'une fièvre accentuée (41°1-42°9).

Le 11 à midi s'établit un état de collapsus avec trémulations fibrillaires, mussitation, Cheynes-Stokes, rigidité pupillaire, abolition des réflexes tendineux, au cours duquel la malade succombe dans la soirée.

L'autopsie permet de constater une congestion générale intense de l'encéphale, sans lésions macroscopiques localisées des autres appareils.

OBS. VIII (résumée). — Syndrome atypique de délire aigu au cours d'un état fébrile subaigu d'une durée de trois semaines, précédé trois mois auparavant par une période de confusion légère avec anxiété très marquée, insomnie et des douleurs erratiques. A la période d'état, agitation psycho-motrice surtout nocturne avec opposition, résistance et panopobie, hypersomnie diurne très accentuée, alternatives de confusion et de lucidité. Hypotonie et ptosis palpébral, strabisme fugace externe de l'œil gauche, masque facial figé avec rictus sardonique et trismus intermittent, hyperesthésie cutanée généralisée, tremblements intermittents, raideur pseudo-parkinsonienne, catatonie. Parotidite. Hyperglycorachie. Mort.

M^{me} D. F..., quarante-deux ans, ménagère.

ANTÉCÉDENTS. — Rien de particulier. Pas de grippe récente.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Début en février 1920, après quelques jours d'insomnie avec hyperémotivité et tendance aux idées obsédantes, par un léger état confusionnel avec douleurs erratiques au niveau de la tête et des membres, crises d'anxiété surtout nocturnes durant lesquelles la malade se griffait les mains et les avant-bras, s'accrochant avec ténacité aux bras des assistants, voulait se lever et sortir de la maison, etc. Retour des règles qui avaient disparu depuis deux ans.

Les phénomènes aigus d'excitation psychique s'amendent au bout d'une dizaine de jours ; mais M^{me} D. F... demeure « bizarre », tantôt inactive, songeuse et indifférente, tantôt au contraire d'une jovialité anormale avec tendance aux actes puérils. Elle se plaint d'insomnie et de céphalalgies tenaces, et accuse fréquemment des pressentiments funèbres qui l'obsèdent.

Le 27 avril, pendant la nuit, agitation violente avec actes désordonnés, vociférations ou propos incohérents, idées délirantes polymorphes de persécution ou de teinte dépressive : « On veut l'empoisonner..., elle va mourir..., tout est dans le feu, elle n'a rien volé..., etc. » Confusion panophobique au cours de laquelle la malade pousse des cris, se déshabille, tente de s'enfuir, brutalise ceux qui la retiennent, ne paraît pas reconnaître son entourage.

Le matin venu, l'agitation se calme ; mais la malade demeure confuse et hébétée et passe la journée tantôt somnolente, assise sur son lit, raidie, ne répondant pas aux questions, tantôt riant interminablement ou se lamentant sans motifs. Elle résiste en s'accrochant à ses draps dès qu'on fait mine de l'approcher. Elle bâille fréquemment, titube quand elle est debout et refuse toute alimentation et tout médicament.

Cet état de somnolence diurne avec opposition et résistance alternant avec de l'agitation panophobique nocturne parfois très violente persiste, accompagné de sitiophobie absolue, durant toute la semaine suivante. A diverses reprises, cependant, la malade serait sortie durant quelques instants de cet état confusionnel et aurait reconnu ses proches, leur déclarant qu'elle souffrait horriblement et qu'elle était devenue tout à fait « folle ».

L'examen du liquide céphalo-rachidien, après ponction lombaire pratiquée le 29 août par M. le Dr Imbert (qui a bien voulu me permettre d'observer cette malade), donne les résultats suivants : très légère lymphocytose, *hyperglycorachie*, pas d'éléments microbiens.

A l'entrée à l'asile, le 5 mai 1920, la malade présente un état de confusion mentale avec stupeur, accompagné de rigidité tout à fait particulière du tronc et des membres. Elle titube en marchant, se raidit et fait lentement mais énergiquement des gestes de défense dès qu'on s'approche d'elle. Elle ne répond pas aux questions. Son facies exprime tantôt l'hébétéude, tantôt l'étonnement. Parfois, elle regarde fixement devant elle en souriant d'un air niais. Teinte jaune terreuse du visage. Langue sèche et rôtie, lèvres fuligineuses et fissurées, narines pulvérulentes. Contusions multiples au niveau des membres. Expectoration de mucosités bucco-pharyngées très fétides. Incontinence des sphincters. Réflexes tendineux vifs.

Pas de Babiński. Température 36°9. Sitiophobie absolue.

Cet état de confusion stupide avec torpeur, mutisme presque complet, sitiophobie absolue, opposition et résistance, persiste presque sans changement jusqu'au décès de la malade, le 10 mai. La malade, visitée à plusieurs reprises par plusieurs membres de sa famille, ne reconnaît aucun des siens. Chaque soir et pendant la nuit, cependant, la malade s'excite légèrement, se lève en titubant pour essayer de fuir, se roule sur le parquet ou prononce des paroles incohérentes : « Je n'ai rien sur la tête, les blanches et pas les vertes..., Marie, la paille de fer. » Durant la journée, au contraire, elle demeure silencieuse, le plus souvent à demi assise sur son lit, tantôt somnolente et les paupières closes, tantôt raidie tout d'une pièce, le faciès hébété ou animé parfois d'un rictus sardonique stéréotypé. A diverses reprises apparaissent des mouvements de balancement du tronc, lents et spontanés, des mouvements d'élévation lents et stéréotypés des membres supérieurs avec conservation catatonique des attitudes, des tremblements intermittents généralisés plus accentués au niveau des membres du côté droit accompagnés de quelques secousses fibrillaires des extrémités, du trismus. Signes de parotidite droite suppurée avec expectoration muco-purulente extrêmement fétide. Etat général précaire, malgré les injections de sérum caféiné et glucosé. Une nouvelle ponction lombaire, pratiquée le 8, donne les renseignements suivants : liquide incolore et clair sort en jet; légère augmentation de l'albumine, hyperglycorachie; pas d'éléments figurés.

Le 8 et le 9 mai, la température atteint 38°3, 38°5. Les troubles psycho-moteurs demeurent sans modifications; la sitiophobie reste absolue. On note en outre de l'hyperesthésie cutanée généralisée intense (la malade gémit et grimace douloureusement dès qu'on la touche), du ptosis alpebral très net avec strabisme externe fugace de l'œil gauche, les pupilles moyennement dilatées paraissant réagir paresseusement à la lumière.

Il existe également un certain degré de photophobie.

La malade succombe dans la matinée du 10 avril après avoir présenté, durant quelques heures avant la mort, un état de lucidité remarquable durant lequel elle demande spontanément à s'alimenter, reconnaît son entourage, accuse des douleurs intenses généralisées.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

OBS. IX (résumée). — Syndrome de délire aigu apparaissant à trois reprises au cours d'un état fébrile subaigu, accompagné de symptômes mésocéphaliques, d'une durée totale de huit mois. Alternatives d'agitation psycho-motrice, avec hallucinations et idées délirantes polymorphes, panophobie, opposition et résistance, et de somnolence pro-

longée avec irritabilité, méfiance, idées délirantes post-oniriques, crises de larmes. Eructations et crises de hoquet. Rétention d'urine intermittente. Ptosis palpébral. Inégalité pupillaire. Hypotonie faciale. Tremblements généralisés et localisés. Titubation. Catatonie. Hyperesthésie généralisée. Ptyalisme. Hyperglycorachie.

M^{me} C. A..., cinquante deux ans, cultivatrice.

ANTÉCÉDENTS. — Rien de particulier à signaler. *Grippe* à forme broncho-pulmonaire en octobre et novembre 1919.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Début de l'affection actuelle en décembre 1919 par de l'insomnie et des céphalalgies violentes. Puis surviennent des idées délirantes de persécution ou de teinte dépressive, des crises d'anxiété, de la tristesse avec sentiments sinistres. A deux reprises, en janvier et en mars 1920, serait apparu, durant huit à dix jours, un état d'agitation psychomotrice avec confusion, hallucinations terrifiantes, panophobie, raptus avec fugues et tentative de suicide, refus absolu d'aliments et fièvre oscillant entre 39° et 40°. Dans l'intervalle, la malade serait demeurée triste et déprimée, somnolente et quasi inactive durant le jour, souvent anxieuse et privée de sommeil durant la nuit; elle titubait en marchant et présentait parfois des tremblements et des crises de hoquet. Une troisième reprise de l'agitation, avec insomnie, céphalalgies violentes, sitiophobie, idées délirantes de persécution, tendance aux fugues, se serait manifestée vers le 15 mai, et motive le placement.

A son entrée à l'asile, le 22 mai 1920, M^{me} C. A... présente le syndrome typique du délire aigu. Agitation psychomotrice intense avec cris, appels, chants ou paroles rythmés, écholalie, crises de panophobie, résistance et opposition tenace à toute tentative d'examen, hallucinations auditives et olfactives, désordre des actes, insomnie. Sitiophobie absolue. Facies pseudo-typhoïdique avec teinte jaune terreux de la peau; contusions multiples des membres. Fièvre oscillant entre 38°2 et 39°4, avec constipation et rétention d'urine.

Ces symptômes classiques du délire aigu s'atténuent progressivement au bout d'une dizaine de jours, en même temps que la température descend entre 37°9 et 38°3, et que l'état physique s'améliore. Mais il persiste actuellement, depuis le début de juin, un état mental très particulier fait d'alternatives de somnolence et d'excitation, de confusion panophobique et de brèves périodes de lucidité, durant lesquelles la malade reconnaît son entourage, déclare qu'elle crie parce qu'elle ne peut s'en empêcher, qu'elle « perd la tête et se sent perdue ». Méfiance habituelle avec craintes imaginaires, résistance et opposition opiniâtre à l'occasion de toute intervention (abcès de fixation, injections de sérum caféiné et glucosé, cathétérisme,

enveloppements humides et bains prolongés), crises de larmes; sitiophobie. Idées polymorphes intermittentes de persécution ou de teinte dépressive avec hallucinations auditives, olfactives et coenesthésiques: on veut la juger, on veut l'assassiner comme on a fait pour toute sa famille, on lui fait descendre des gaz sur la tête pour l'asphyxier... le phonographe dit qu'elle va être noyée... elle est entourée d'assassins, etc. Parole parfois tremblante, hésitante ou brusquement entrecoupée. Céphalalgie constante très accentuée. Rétention d'urine par intervalles. Outre l'hypersomnie caractéristique contre laquelle la malade lutte sans cesse, parce que, dit-elle, elle a entendu raconter que si elle s'endormait, on en profiterait pour l'emporter dans le but de la noyer ou de la brûler, on constate de façon intermittente du ptosis bilatéral surtout marqué du côté droit, de l'inégalité pupillaire, de l'immobilité du facies avec hypotonie faciale alternant avec des contractions du frontal et du sourcilier, des crises rares de rire, des pleurs fréquents, des éructations ou du hoquet presque quotidien, de la titubation avec marche raidie et mouvements lents, des tremblements généralisés ou localisés (notamment au niveau du membre supérieur droit), du balancement du tronc par intermittences avec dodelinement de la tête, de la catatonie transitoire, de l'hyperesthésie cutanée généralisée, de l'exagération des réflexes tendineux. Pas de Kernig. Pas de Babinski. Sialorrhée fréquente. Une ponction lombaire pratiquée le 23 juin donne issue à un liquide couleur eau de roche, légèrement hypertendu, ne contenant pas d'éléments cytologiques ou microbiens, mais où l'analyse chimique décèle une légère hyperalbuminose et une notable hyperglycorachie. L'urine contient également des traces notables de sucre (1).

(1) *Addendum.* Les périodes d'agitation ont disparu, en même temps que tombait la température, à dater du 20 juin; à partir de cette époque, M^{me} C. A..., présente seulement de la somnolence constante très marquée, avec désorientation, méfiance, semimutisme ou réticence, irritabilité, crises de larmes, répugnance à s'alimenter. La titubation, les tremblements intermittents et la lenteur des mouvements persistent également. Ces symptômes s'atténuent à leur tour progressivement vers le 25 juillet, date à laquelle la malade redevient peu à peu plus accueillante, reprend conscience de sa situation et de son état, et demande à s'occuper. Elle conserve cependant durant plusieurs jours la croyance vague, mais irréductible (souvenir probable de son onirisme) à la mort de toutes les personnes de sa famille. Cette croyance à son tour disparaît, et pendant toute la durée des mois d'août et septembre, M^{me} C. A..., redevenue consciente, attentive, active et d'humeur égale, se comporte tout à fait normalement, se plaignant seulement parfois de céphalalgies. Les souvenirs des épisodes pathologiques demeurent parcelaires. M^{me} C. A... sort de l'asile le 30 septembre 1920.

En résumé, il nous a été permis de relever neuf observations de syndromes toxi-infectieux fébriles, à prédominances symptomatiques neuro-psychiques, d'allure et d'évolution en général très graves (7 décès sur 9 observations), où le tableau clinique du délire aigu, avec tous ses éléments caractéristiques, fut observé concurremment avec des symptômes nerveux de localisations mérocéphaliques ou méningées qu'il est habituel de trouver décrits actuellement parmi les nombreuses formes cliniques étudiées sous la dénomination générique d'encéphalite léthargique.

En faisant la bibliographie de la question, nous avons retrouvé, classées sous cette rubrique d'encéphalite léthargique, des observations très analogues à celles que nous venons de présenter, rapportées notamment par MM. Bosc (1), Carnot (2), Dupouy (3), Ardin-Delteil et Raynaud (4), H. Roger et Aymès (5), Sainton (6), Froment et Comte (7), R. Cruchet (8), etc. D'autre part, dès février 1920, MM. Marcel Briand et Rouquier (9) signalaient à la Société médicale des hôpitaux de Paris, en s'appuyant sur 7 observations, une forme délirante et hallucinatoire de l'encéphalite léthargique dans laquelle les symptômes s'étaient montrés tout à fait comparables à ceux du délire aigu classique.

Peut-être pourrait-on penser, avec moins de réserves, que de tels cas sont non seulement comparables, mais encore tout à fait assimilables au syndrome bien connu en pathologie mentale sous le nom de délire aigu, et qu'en un autre temps où n'avait pas encore déferlé la vague d'actualité qui semble étendre à l'infini le domaine de l'encéphalite léthargique, ils auraient été

(1) Bosc. *Com. Soc. méd. des Hôp., Paris*, 26 mars 1920, 7 mai 1920.

(2) Carnot. *Com. Soc. méd. des Hôp., Paris*, 3 mai 1920.

(3) Dupouy. *Com. Soc. méd. des Hôp., Paris*, 28 mai 1920.

(4) Ardin-Delteil et Raynaud. *Com. Soc. méd. Hôp.*, 5 mars 1920.

(5) H. Roger et Aymès. *Com. Soc. méd. Hôp.*, 20 février 1920.

(6) Sainton. *Com. Soc. méd. des Hôp.*, 30 avril 1920.

(7) Froment et Comte. *Com. Soc. méd. des Hôp. de Lyon*, 20 avril 1920.

(8) Cruchet. *Com. Soc. méd. de Bordeaux*, 9 janvier 1920.

(9) M. Briand et Rouquier. *Com. Soc. méd. des Hôp. de Paris* 13 février 1920.

rangés tout simplement sous cette étiquette classique.

Certes, l'étiologie, la pathogénie et l'anatomie pathologique du délire aigu demeurent encore en bien des points obscures, — à l'égal du reste de celles de l'encéphalite léthargique. Néanmoins, il semble bien que depuis la description classique, si pittoresque et si vivante, qu'en a donné Calmeil, le délire aigu, en tant que syndrome nettement caractérisé, possède encore actuellement une individualité clinique incontestable.

Au reste, de même que, comme l'a dit Netter lui-même, l'encéphalite léthargique n'est pas une maladie nouvelle, mais un syndrome dont les formes cliniques ont été observées et décrites bien des fois depuis plusieurs siècles, de même il est possible de retrouver dans les descriptions anciennes du délire aigu la plupart des éléments symptomatologiques qui semblent aujourd'hui constituer la signature de l'encéphalite léthargique (1).

Il y aurait bien des remarques à faire, au point de vue psycho-pathologique, sur le symptôme appelé léthargie, qui sert à qualifier si pittoresquement l'affection à la mode, et qui semble avoir des liens de parenté psychologique si proches avec la stupeur ou la somnolence, si souvent décrites dans tant de syndromes mentaux. Or cette somnolence, ou cette semi-stupeur, a été signalée depuis longtemps dans les observations de délire aigu, alternant avec la lucidité et l'agitation psycho-motrice, en particulier par Schüle (2) qui a même décrit une forme de délire aigu avec prostration, et qui a noté la raideur et l'immobilité du visage, les alternatives d'obnubilation et de lucidité, qu'il compare à une « syncope de la conscience » plutôt qu'à un état de stupeur. De même, il est courant de relever dans les descriptions anciennes ou modernes du délire aigu, les contractures, les tremblements, les secousses myocloniques, la titubation, les mouvements ataxiques, l'hyperesthésie cu-

(1) Voir en particulier : Lélut. *Induction sur la valeur des altérations de l'encéphale dans le délire aigu et dans la folie*. Paris, 1836, pp. 1, 2, 3, 24, 25. — Calmeil. *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*. Paris, 1859, pp. 145, 176, 236, etc.

(2) Schüle. *Traité clinique des maladies mentales*. Trad. Dagonet et Duhamel, 1888, p. 310 et s.

tanée, les troubles des réflexes, l'hémi-parésie faciale, et ces syndromes choréiformes qui semblent actuellement si caractéristiques de l'encéphalite léthargique. MM. Rémond et Voivenel (1) ont publié en 1909 un cas de délire aigu avec syndrome choréique accompagné de signes d'ataxie aiguë et de parésie faciale. Et nous avons publié en 1914 avec M. L. Marchand (2) un cas analogue, précédé de violentes douleurs, et où nous avons pu observer, outre des phénomènes choréiques et myocloniques très intenses, de l'hypotonie, des contractions, des crises de raideur, etc. Enfin, signalons également les troubles de la salivation, avec infection si fréquente des glandes salivaires, classiques dans la symptomatologie du délire aigu, et sur lesquels MM. Netter, Lesné et Langle, Babonneix, etc., viennent d'attirer à nouveau l'attention dans l'encéphalite léthargique.

En somme, il semble bien que mainte observation de délire aigu classique et mainte description actuelle de certaines formes mentales graves d'encéphalite léthargique soient très comparables, sinon entièrement assimilables au point de vue clinique, et que l'un et l'autre de ces syndromes aient pu être rattachés, — suivant la spécialisation de l'observateur, suivant le milieu hospitalier d'observation, et surtout suivant l'époque de l'observation, soit — jadis — au délire aigu, soit — actuellement — à l'encéphalite épidémique. Cette dualité d'appellation semblerait donc correspondre à des différences plutôt nominales que cliniques et même nosologiques, la bactériologie, la pathogénie et l'étiologie de l'encéphalite léthargique et du délire aigu demeurant également mystérieuses et obscures.

D'autre part, les localisations de l'encéphalite léthargique ne paraissent plus aussi électives, aussi rigoureusement limitées au mésocéphale que l'affirmait Netter dans ses premières descriptions. La tendance actuelle,

(1) Rémond et Voivenel. Délire aigu avec syndrome choréique. *Ann. méd.-psych.*, novembre-décembre 1909.

(2) L. Marchand et G. Petit. Chorée et troubles mentaux. *Revue de Psychiatrie*, septembre 1911, n° 6.

soutenue déjà par R. Cruchet dès 1917, semble, au contraire, de grouper sous la dénomination générique d'encéphalite ou de névrauxite épidémique, de nombreux syndromes d'encéphalite d'origine toxi-infectieuse encore indéterminée, accompagnés parfois d'atteinte médullaire et même de réactions méningées, syndromes de gravité, d'évolution et même de symptomatologie fort diverses. Dans ce vaste groupe, qui engloberait depuis les ophtalmoplégies légères post-grippales, le hoquet épidémique, les formes ambulatoires d'encéphalite sans fièvre, sans léthargie et sans troubles oculaires, jusqu'aux formes mentales graves à terminaison souvent mortelle analogues à celles que nous venons de rapporter, il serait peut-être possible d'admettre, sans être taxé d'hérésie nosologique, le syndrome toxi-infectieux grave et à symptomatologie si dramatique décrit depuis Calmeil en pathologie mentale sous le nom de délire aigu.

Cette parenté nosologique de l'encéphalite épidémique et du délire aigu, basée d'abord sur une analogie symptomatique frappante, pourrait, d'autre part, se justifier par des rapprochements étiologiques qui m'ont semblé assez impressionnants.

Le délire aigu est une forme clinique grave qui s'observe, fort heureusement, très rarement dans les asiles. Dans une statistique récente publiée par Ch. Ladame (1), de Genève, et portant sur 3.181 malades entrés à l'asile cantonal de Bel-Air de 1901 à 1912, cet auteur n'a pu relever que 51 cas de délire aigu, soit une proportion de 1,75 p. 100 (en y comprenant tous les cas de délire aigu, idiopathiques ou symptomatiques). A l'asile de Bourges, sur un total de 262 admissions féminines effectuées depuis le 1^{er} janvier 1915, nous avons relevé :

En 1915, 1 cas de délire aigu pour 57 entrées.				
En 1916, 1 —	—	—	66	—
En 1917, 3 —	—	—	71	—
En 1918, 0 —	—	—	68	—

(1) Ch. Ladame. Psychose aiguë idiopathique ou fondroyante. *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. V, fasc. 1, p. 9 et 10.

Au total, 5 cas de délire aigu (d'ailleurs, tous mortels) sur 262 admissions, soit une proportion de 1,89 p. 100 qui se rapproche sensiblement du chiffre rapporté par Ladame. En revanche, depuis le 1^{er} janvier 1919 jusqu'à ce jour (20 juin 1920), sur un total de 110 admissions féminines, il a été constaté les 9 cas de délire aigu dont nous venons de rapporter les observations (dont 7 cas mortels). Soit la proportion considérable de 8,18 cas de délire aigu pour 100 entrées (1).

Les statistiques des asiles départementaux de province, dont les malades se recrutent presque exclusivement dans la même région et dans les mêmes milieux sociaux, échappent de ce fait à de nombreuses causes d'erreur, qui vicient trop souvent les constatations effectuées sur d'autres groupes sociaux plus variables ou plus différenciés. D'autre part, on ne saurait attribuer l'accroissement aussi soudainement considérable des entrées pour délire aigu, depuis le début de 1919, à une modification parallèle des méthodes habituelles d'assistance ou de traitement appliquées aux malades du Cher atteints de troubles mentaux : à l'extérieur, comme à l'asile, les réactions médico-sociales à l'égard de ces malades sont demeurées et demeurent toujours — malheureusement, — à peu près identiquement les mêmes.

Les chiffres de notre statistique paraissent donc pouvoir se rapporter à des valeurs sensiblement de même ordre, et par conséquent comparables. Ils semblent indiquer une augmentation manifeste des cas de délire aigu parmi la population féminine du département du Cher, depuis le début de 1919.

A quel facteur est-il possible de rattacher cette recrudescence soudaine d'un syndrome d'ordinaire beaucoup moins fréquent ?

Bien que l'origine grippale ou paragrippale soit assez discutée par certains auteurs, l'observation a

(1) Nous n'avons pas compris dans le chiffre des entrées les admissions par transfert d'autres asiles, qui dépendent de facteurs trop variables et d'ordre surtout administratif. De même, nous n'avons pas fait de statistiques comparatives portant sur le service des hommes : les résultats en auraient été faussés d'avance par suite du chiffre anormal des entrées survenues du fait de la guerre.

montré qu'il existe un déterminisme constant entre l'apparition de chaque épidémie de grippe et l'augmentation consécutive des cas (d'ordinaire isolés et sporadiques) d'encéphalites à symptomatologie analogue à celle de l'actuelle encéphalite léthargique.

L'épidémie de grippe a sévi sur la population du Cher, une première fois, — sous une forme grave et fréquemment mortelle, — durant les mois d'octobre, novembre et décembre 1918; une seconde fois, sous une forme plus bénigne, durant les mois de décembre 1919, janvier et février 1920. Les premiers cas d'encéphalite léthargique auraient été observés dans le Cher au début de 1919; rares d'abord, leur fréquence aurait augmenté jusqu'à l'époque actuelle, parallèlement, on le voit, aux cas de délire aigu observés avec une fréquence anormale à l'asile. Nous ignorons quel a été le rapport précis entre les cas d'encéphalite sporadique antérieurs à la grippe de 1918-1919 et les nombreux cas en rapport avec l'épidémie actuelle, de même que nous est inconnue la proportion entre les encéphalites à type épidémique traitées à l'extérieur ou à l'hôpital et celles qui ont nécessité le placement à l'asile. Néanmoins cette augmentation parallèle des cas d'encéphalite épidémique et des cas de délire aigu, consécutivement à une épidémie grave de grippe, nous apparaît aussi considérable qu'impressionnante. Elle nous semble confirmer au point de vue étiologique, en même temps que les analogies cliniques signalées plus haut, les liens étroits, sinon la parenté ou même l'identité nosologique complète qui paraît unir l'encéphalite léthargique et le délire aigu.

Quoi qu'il en soit de cette assimilation, il nous a semblé de quelque intérêt de soumettre à la Société médico-psychologique les remarques suggérées par le rapprochement d'observations classées sous le titre de délire aigu et recueillies d'abord sans aucun esprit de système dans un milieu exclusivement régional. Plusieurs collègues, auxquels nous avons communiqué nos remarques, nous ont déclaré « avoir l'impression » d'une augmentation actuelle de cas de délire aigu. Peut-être y aurait-il quelque intérêt à rechercher si, dans d'autres départements que le Cher, les statistiques des entrées

dans les asiles accusent, depuis l'épidémie de grippe de 1918-1919, qui a sévi dans toute la France, une recrudescence dans le chiffre des cas de délire aigu ou, si l'on veut, d'encéphalite épidémique à forme de délire aigu.

DISCUSSION

M. RAOUL LEROY demande si les malades dont l'observation vient d'être rapportée présentaient des hallucinations visuelles lilliputiennes ?

M. PETIT n'en a pas observé.

M. RENÉ CHARPENTIER. — J'ai observé récemment de ces hallucinations lilliputiennes dans un cas de confusion mentale hallucinatoire d'origine infectieuse, au cours d'une pleurésie purulente interlobaire. La malade présentait, à deux ou trois reprises, des hallucinations visuelles petites, mobiles, colorées, ayant tous les caractères si bien décrits par M. Raoul Leroy. Elle voyait une petite chaise, un petit chapeau, un petit cheval blanc, apercevait son médecin assis sur une branche dans un arbre. Pour décrire l'hallucination, au moment même où elle avait lieu, elle lui donnait spontanément le qualificatif de « lilliputien ».

La séance est levée à 6 heures.

Les secrétaires des séances,

P. JUQUELIER, RENÉ CHARPENTIER.

INFORMATIONS

LÉGION D'HONNEUR

Un certain nombre de nos collègues ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Nous rappellerons les promotions au poste de commandeur du D^r MARCEL BRIAND, au grade d'officier du D^r VALLON, tous les deux médecins en chef de l'Asile clinique, et du D^r VOIVENEL (ministère de la Guerre).

Ont été nommés chevaliers : 1° par le ministère de la Guerre : MM. les D^{rs} ARSIMOLES (de l'asile de Sarreguemines); BEAUSART (asile de la Charité-sur-Loire); DUCOSTÉ (asiles de la Seine); DUPOUY, GUIRAUD (asile de Braqueville); PICTKIEWICZ (service dentaire de l'asile de Villejuif); TERRADE (asile de Saint-Alban); THIVET (asile de Quatremares);

2° Par le ministère de l'Hygiène, pour services civils rendus pendant la guerre : MM. les D^{rs} ANTREAUME, DADAY (asile d'Evreux); HENRI COLIN, secrétaire général de la Société médico-psychologique.

Rappelons aussi la nomination au grade de chevalier de notre confrère le D^r DAMAYE, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Quentin, resté à son poste pendant toute la guerre, et frère de notre sympathique collègue le D^r Damaye, médecin en chef, directeur de l'asile de La Roche-sur-Yon, qui s'est lui aussi vaillamment comporté pendant toute la durée des hostilités.

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Médaille d'or : M. le D^r ROGUES DE FURSAC, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Ville-Evrard.

Médaille d'argent : M. le D^r DUCOSTÉ, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Ville-Evrard.

DÉSFFECTATION DE LA MAISON NATIONALE DE CHARENTON

Le *Journal officiel* du 1^{er} août 1920 (p. 10942, 3^e col., *in fine*) publie la mention suivante :

ART. 112. — La Maison nationale de santé de Saint-Maurice est transformée en Maison nationale maternelle (Loi portant fixation du budget de l'exercice 1920; *vulgo*, Loi de finances).

Un décret du 21 octobre 1920 règle la situation des médecins des services d'aliénés.

Nous reviendrons, dans le prochain numéro, sur les discussions qui ont accompagné, au Parlement, le vote de l'article 112, reproduit plus haut, et nous examinerons les conséquences du décret relatif aux médecins actuels de Charenton.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

DE L'INFLUENCE

DU

RETOUR DE L'ALSACE A LA FRANCE

SUR LES PSYCHOPATHES ALSACIENS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES RAPPORTS DE L'ETHNOLOGIE ET DE LA PSYCHOPATHOLOGIE

Par le Dr Paul COURBON

Médecin chef de l'asile d'aliénés de Stephansfeld.

Les faits qui jusqu'ici ont servi à l'étude de l'influence des événements politiques sur la mentalité des individus sont surtout fournis par les révolutions. C'est, en effet, d'une façon révolutionnaire que s'opèrent habituellement les transformations d'un état social. A vrai dire, la part étiologique de l'élément politique pur est bien minime, par rapport à celle des circonstances émotionnelles concomitantes, si l'on remarque que c'est d'une façon brusque et violente, avec tout un cortège d'horreurs matérielles et morales, et parfois contre la



résistance de la majorité des citoyens que les institutions nouvelles sont introduites.

D'un tout autre caractère est l'expérience que l'on peut observer à l'heure actuelle en Alsace. Les changements politiques, qui depuis la fin de la guerre s'y accomplissent, y étaient ardemment souhaités. Ils se sont développés peu à peu, avec une lenteur parfois jugée trop grande par des incompetents. Enfin, c'est au milieu d'une abondance de fêtes et de divertissements publics, dont la critique serait peut-être moins déplacée, que ce développement a eu lieu. Cependant, la substitution des procédés et des manières de voir de la civilisation française à ceux de la civilisation jusque-là en usage n'a pas été sans déterminer un certain ébranlement, comme c'était à prévoir. L'auteur de cet article n'a pas la prétention d'embrasser la totalité des conséquences psycho-sociales de cet ébranlement, mais il pense qu'il ne sera pas dépourvu d'intérêt de signaler les quelques constatations qu'il lui a été donné de relever à l'occasion de ses fonctions de médecin de l'asile d'aliénés du Bas-Rhin.

Pour différente que soit leur mentalité de la mentalité allemande, les Alsaciens, de par la force naturelle des choses, n'en usaient pas moins pour l'exercice de la vie publique et même de la vie sociale, dans les administrations, l'enseignement, le commerce, l'industrie, etc., des mêmes méthodes et des mêmes orientations que leurs maîtres. Le rattachement à la France leur imposa la rupture d'habitudes demi-séculaires et l'obligation d'acquiescer des conceptions et des pratiques nouvelles. Il en résulta donc forcément des vacillations psychiques qui jouèrent leur rôle dans la conduite collective, ainsi que dans l'éclosion des troubles mentaux de certains. C'est cette dernière éventualité qui seule sera envisagée ici.

L'influence du retour des Français sur les psychopathes alsaciens s'est exercée avec une efficacité bien différente suivant que leur maladie était ou non déjà en cours d'évolution.

I. — INFLUENCE SUR L'ÉCLOSION DES PSYCHOSES.

Il faut considérer séparément l'étape initiale et brève de l'arrivée même des Français, et l'étape consécutive et non encore terminée de leur installation.

A. — L'arrivée des Français dans les journées de novembre 1918 se fit dans des conditions émotionnelles d'une intensité vraiment inouïe, alors que les Alsaciens étaient en état de réceptivité maxima pour vibrer à ces impressions. Les derniers mois de la guerre avaient été pour eux plus durs et plus angoissants que pour les autres belligérants. Non seulement ils souffraient de la même disette que les empires centraux, mais encore le rapprochement continu du front de bataille leur apportait contradictoirement l'espoir de la défaite allemande et l'angoisse de leur propre sort. La France serait-elle contrainte de porter la guerre sur leur sol pour écraser les dernières résistances de l'ennemi? Et même dans la négative, celui-ci avant de repasser le Rhin, n'allait-il pas exécuter sa terrible menace de laisser l'Alsace chauve derrière lui? Enfin, des émeutes avec scènes de pillages s'étaient même produites aussitôt après l'armistice dans certaines villes comme Strasbourg, où avaient été installés des conseils d'ouvriers et soldats. Il y avait donc en une ébauche de révolution.

Sur un terrain mental ainsi préparé, l'entrée des troupes françaises lançait à la volée la graine des plus enivrantes émotions. Pour les anciens, c'était la résurrection d'un passé transfiguré par la victoire de la nation vaincue qui avait été la leur. Pour les jeunes,

c'était l'aurore d'un avenir illuminé des plus séduisantes illusions. Pour tous, c'était la sainte, la tardive, l'idéale détente.

Et le choc de toutes ces émotions tombait avec plus de violence sur les cerveaux et les cœurs féminins, puisque les ambassadeurs de France n'étaient que des soldats. Dans les innombrables embrassements, qui, pendant des journées et des nuits, mêlèrent la foule des arrivants à celle des habitants, le Français, que pressait l'Alsacien, n'était qu'un frère, tandis que celui que serrait l'Alsacienne était en pins un homme.

A l'exaltation psychique de ces heures pathétiques s'ajoutait le surmenage physique de toutes sortes par les réjouissances populaires, les cris, les chants, les ripailles, les libations, et pour beaucoup les excès vénériens.

En un mot, la totalité des excitations le plus hyperthymiquement sthénisantes furent déchaînées sur l'Alsace par l'armistice. N'y étant arrivé qu'après cette tempête émotionnante, il ne m'a pas été donné d'assister à ses ravages. Mais autant que j'en puis juger rétrospectivement, ils furent bien minimes. Par exemple, le nombre d'entrées des femmes pendant les mois de novembre et de décembre 1918 à l'asile de Stephansfeld n'est pas supérieur à celui des années de guerre, bien que plus élevé que celui de 1919. Ce qui semble prouver que la seule violence des agressions psychiques ne vient pas à bout du solide équilibre du tempérament alsacien.

B. — L'installation des Français depuis lors s'accroît peu à peu. Mais la confrontation et la pénétration de deux mentalités, éduquées d'une façon différente pendant un demi-siècle, ne purent s'accomplir avec l'instantanéité qu'avaient mis les cœurs à se retrouver. Après les émotions intenses du retour, ce fut l'appari-

tion des émotions plus discrètes, mais plus tenaces de l'adaptation.

Le changement de régime, opéré au milieu des obstacles de toutes natures, inhérents aux conditions économiques mondiales, prit pour beaucoup d'individus les proportions d'un bouleversement. Dans la prévision des événements, le pessimisme donna libre cours à plus d'une imagination. L'appréhension de l'avenir matériel et moral, la crainte de l'impossibilité de réaliser les transformations nécessaires à cause des difficultés de la langue à apprendre et de l'orientation d'esprit à acquérir, aboutirent plus d'une fois à l'anxiété morbide. J'ai eu deux malades dont la mélancolie n'avait pas d'autre étiologie, et qui guérèrent complètement en quelques mois.

L'une d'elles, âgée de quarante-six ans, femme d'un instituteur, était affolée depuis avril 1919 de l'avenir réservé à son mari. Ou bien on le révoquerait pour germanophilie, parce qu'il avait accepté d'être fonctionnaire allemand; ou bien on l'expédierait au fin fond de la France pour y apprendre le français, et la révocation ne tarderait pas non plus, car jamais à son âge il n'arriverait à s'assimiler une langue étrangère. Son anxiété dura plus de sept mois et s'était enrichie d'idées de culpabilité : ses filles devaient être enceintes par suite de son défaut de surveillance. Tous ces troubles disparurent radicalement.

L'autre, âgée de soixante-quatre ans, veuve d'un employé retraité du chemin de fer, se croyant vouée à l'indigence, parce que jamais l'État français ne pourrait consentir à payer les engagements contractés par une administration ennemie, et effrayée en outre, par la cherté croissante de la vie, ne mangeait plus et, au sens exact du mot, se nourrissait de l'air du temps, puisqu'elle était devenue aérophage. Elle avait tenté

de se suicider. Elle aussi a quitté l'asile totalement délivrée de ses craintes et de son aérophagie. Sa maladie dura dix mois, d'avril 1919 à février 1920.

Mais à côté des *émotions par représentation*, dont on vient de lire deux exemples fort nets, il existe la foule des *émotions par perception directe des dissemblances ethniques*. Le cadre de cette petite chronique ne permet pas l'esquisse complète du parallèle psychologique du Français et de l'Alsacien. Qu'il suffise d'indiquer deux de leurs divergences. Le premier, impétueusement pressé d'effacer toute empreinte de l'ennemi sur le territoire d'où il l'a chassé, risque souvent de méconnaître ce que l'Allemand a laissé de bon, et, erreur plus blessante, risque d'identifier comme germanique, ce qui est simplement alsacien. Le second, de son côté, passionnément épris de cette indépendance qu'on prétend lui avoir libérée de l'esclavage prussien, risque d'hérisser trop hâtivement une ombrageuse et piquante susceptibilité. Mais jamais à ma connaissance ces petits froissements n'ont eu leur retentissement sur un délire. Je n'ai jamais vu un malade qui ait systématisé des idées de persécution contre les Français.

Tous les cas de psychose, que j'ai rencontrés où la perception des dissemblances ethniques semble avoir joué un rôle incontestable, eurent pour sujet des Alsaciennes qui, par les nécessités de leur travail professionnel, avaient eu à s'adapter à une collaboration masculine française. Il en résulte que les dissemblances ne furent pathogènes qu'autant qu'elles furent perçues à travers le prisme de la sexualité.

J'ignore si cette affirmation, valable pour la femme, trouve chez l'homme une confirmation analogue. A l'heure actuelle je n'en ai aucun exemple. Mais avant de rapporter deux observations probantes de cette étiologie, il convient de faire ressortir les contrastes de

la collaboration mixte dans un milieu allemand et de la collaboration mixte dans un milieu français.

Mes deux malades avaient en effet déjà travaillé à côté d'hommes comme dactylographes, mais sous une discipline entièrement différente. Dans le bureau allemand, le principe de la hiérarchie imposait le respect envers les supérieurs, et la gravité envers les inférieurs. La raideur et la lourdeur des maîtres conditionnaient, si l'on peut dire, une hermétique étanchéité entre le travail et l'amusement. Aux heures de bureau, on ne songeait qu'au travail; il n'y avait là que les agents asexués, impersonnels, mais galonnés de « l'affaire » « des geschäft ». Une fois sonnée l'heure de la fermeture, chacun reprenait sa personnalité et son sexe. C'est alors ce que le programme de l'emploi du temps appelait l'exercice de la sexualité; car ce serait une grossière erreur de croire que chez un peuple, où la doctrine du pansexualisme a trouvé tant d'apôtres, l'indifférence sexuelle fût en honneur. Mais disciplinées comme tous les autres modes d'activité, les sollicitations sexuelles n'arrivaient qu'à instants fixés d'avance. Et complètement libérés de toute autre préoccupation, hommes et femmes avaient l'entière disposition de leurs moyens psychiques pour adopter un mode de réaction à leur égard.

L'arrivée dans un bureau français constitue incontestablement une crise importante pour une jeune fille dont le rythme d'activité a reçu une telle organisation. La blague incessante des inférieurs et la camaraderie des chefs lui donnent une impression d'anarchie. L'impitoyable assaisonnement du sérieux au plaisant, le perpétuel désaccord entre la légèreté du mode d'exécution et l'exécution consciencieuse de la besogne, enfin cette frénétique galanterie des hommes, beaucoup plus superficielle que profonde, beaucoup plus verbale et mimique

que sincère, imposent à son psychisme une gymnastique d'assouplissement intense, tiraillent son attention en sens contraires, ballottent sa personnalité à contre-temps, étourdissent sa conscience, si bien que son équilibre mental n'est pas sans en percevoir le retentissement, s'il n'est pas par ailleurs fortement étayé.

C'est ce qui arriva à une jeune et jolie dactylographe de vingt ans, très instruite et assez intelligente, qui, de novembre 1919 à mars 1920, fit brusquement un accès psychopathique polymorphe avec agitation hallucinatoire et incohérence extrême, et qui, une fois guérie, me donna les éclaircissements suivants : « J'avais été très émue par l'arrivée des Français et inquiète sur la décision que je devais prendre avec ma mère, Alsacienne de vieille souche et veuve de mon père Bava-rois et fonctionnaire en Alsace. Devais-je me réclamer de la nationalité paternelle ou maternelle ? Nous avions décidé de rester et nous avons eu la chance de trouver dès mars 1919 pour moi dans une banque française le même emploi que j'avais dans une banque allemande. La difficulté de langue n'était pas grande, puisque je parle couramment le français. J'y avais beaucoup de messieurs pour collègues. Ils ont tous été très gentils avec moi. Vous-même, docteur, avez vu qu'ils venaient prendre de mes nouvelles, pendant que j'étais malade. Mais néanmoins, je ne veux plus reprendre ma place, je retomberais dans le même état, car il me sera toujours impossible de travailler avec eux. Ils rient et plaisantent tout le temps pendant qu'on travaille. Les patrons ne conservent pas leur distance, ils racontent des choses, qui sont peut-être leur histoire, mais que des gens mariés ne devraient pas dire en public. Alors moi je ne savais que faire. On n'ose pas se fâcher de peur de se faire mettre à la porte. On ne sait pas s'il faut croire comme des vérités ce qu'ils racontent, si ce sont des

déclarations de mariage qu'ils veulent vous faire, ou s'ils veulent simplement vous faire rire. Les camarades vous traitent d'imbéciles. On ne s'y reconnaît plus dans son travail. Enfin ça vous tourne la tête.»

Semblable à certains points de vue est l'histoire d'une autre dactylographe de même âge et de la même tournure, qui est encore en traitement dans mon service, mais dont le pronostic ne me paraît pas aussi favorable que celui de la précédente. Hospitalisée en juillet 1919 dans un état de dépression avec impulsions de suicides et idées niaises de persécution, elle présente actuellement de la mobilité, de l'humeur avec érotomanie. Employée déjà pendant la guerre dans des bureaux où elle avait en des hommes pour collègues, elle était entrée à l'armistice dans une administration militaire française. Elle y était très contente, parce que la plupart des soldats et même des officiers se montraient très empressés pour elle. Et elle a toujours beaucoup aimé les attentions des hommes, quoique encore vierge et rebelle aux actes génitaux. Quelques-uns même, en lui dictant, lui glissaient un baiser dans le cou ou bien lui caressaient la taille furtivement. C'était infiniment agréable, dit-elle, mais ça l'empêchait de travailler, et elle tapait tout de travers. On ne peut pas tout faire en même temps : recevoir des ordres et des caresses.

Moins évident que dans les quatre cas précédents fut le rôle des émotions d'adaptation chez quelques autres de mes malades.

Avant de terminer, il faut signaler l'aggravation du choc de ces émotions chez les Alsaciens métis, dont un des procréateurs est Allemand. L'antagonisme de leurs tendances héréditaires s'unit parfois cruellement au désaveu bilatéral que leur opposent leurs nations d'origine. « Que voulez-vous que je devienne, me disait une cyclothymique, les Allemands ne veulent pas m'emme-

ner, parce que je suis la fille de ma mère ; les Français ne veulent pas me garder, parce que je suis la fille de mon père. Ce n'est pourtant pas ma faute, si mes parents ont couché ensemble, sans penser aux cartes A et B. »

L'institution de ces cartes A aux Alsaciens de double lignée, B aux Alsaciens bâtards compliqua pour ceux-ci leur adaptation par une foule de difficultés matérielles. On remarquera que ma première dactylographe avait précisément une carte B.

II. — INFLUENCE SUR L'ÉVOLUTION DES PSYCHOSES.

Le retentissement du changement de régime sur l'évolution des psychoses fut nul. L'expression des troubles mentaux se colora de la teinte des événements politiques, mais sans y rien changer. Les mots de « préfet, procureur », remplacèrent ceux de « Bezirkspräsident et de Staatsanwalt » sur les enveloppes des protestations. Et les délires s'enrichirent des connaissances que leurs auteurs avaient sur les gens et les choses de France. Par-ci, par-là, une indocile fredonna la « *Wacht am Rhein* », pour manifester contre la discipline, mais ne tarda jamais à se rétracter en entonnant la *Marseillaise*, que tout le quartier chantait en chœur. D'ailleurs l'immense majorité des malades, assez lucides pour se rendre compte de la transformation, en manifesta une grande joie, donnant par là la preuve de l'attachement fondamental de la personnalité alsacienne à la France.

III. CONCLUSIONS.

Les conclusions à dégager des faits et des considérations précédents doivent être modestes. D'abord, parce que ces considérations n'ont envisagé qu'une partie des éléments du problème posé par la réintégration de la

mentalité alsacienne à la mentalité française, ensuite, parce que ces faits ne concernent que des états extrêmes : l'aliénation mentale.

Dans ces limites cependant, il paraît bien que le retour de l'Alsace à la France n'a pas été sans influence sur l'état de ses psychopathes. Mais cette influence doit être ramenée à l'importance secondaire d'une cause occasionnelle. Chez toutes nos malades, on notait des tares héréditaires (parents aliénés) ou personnelles (préoccupations métaphysiques dès l'âge de douze ans chez la première de nos jeunes filles).

Ethnologiquement, entre deux peuples ayant atteint sensiblement le même niveau de civilisation, la simple substitution des institutions de l'un à celles de l'autre, bien qu'opérée sans brusquerie et avec leur consentement mutuel, peut servir de pierre de touche à la validité mentale individuelle et suffit à révéler des déséquilibres, latents jusque-là.

Dans cette épreuve, la femme est plus sensible que l'homme, et, parmi les femmes, celles qui exercent le métier de dactylographe. Cela n'est pas pour surprendre, vu la plus grande fragilité mentale féminine et les conditions sociales actuelles qui créent à la dactylographe une psychologie particulièrement vulnérable.

Le métier de dactylographe en effet, par son prestige d'intellectualité, par la dispense de toute fatigue physique qu'il comporte, par la propreté du travail qu'il exige, attire des jeunes filles qui veulent s'élever du monde ouvrier, ou que des revers de fortune ont précipitées du monde bourgeois. Ce sont donc des déclassées, et comme telles mal adaptées au milieu. L'exercice de ce métier, dont le caractère est toujours plus ou moins confidentiel, leur impose avec les chefs de l'entreprise, c'est-à-dire avec des hommes d'un rang supérieur au leur, une intimité intellectuelle plus ou moins grande,

ce qui rend très difficile le maintien des rapports sociaux entre eux, autre cause de déséquilibre. Enfin, pour peu qu'elles soient jolies, ce qui n'est pas rare, et étant donné leur jeunesse, car ce n'est qu'un emploi d'attente jusqu'au mariage, la collaboration avec des collègues masculins fait se conjurer contre leur repos moral une foule d'autres excitations.

Il n'est donc pas étonnant que dans cet affrontement des deux mentalités alsacienne et française, la mignonne cervelle de la petite dactylo ait manqué de résistance.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 26 JUILLET 1920

Présidence de M. DUPAIN, ancien président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance de juin.

M. HENRI COLIN, secrétaire général. La correspondance manuscrite comprend :

1° Une demande de secours aux écoles françaises d'Orient que je vous propose de renvoyer à notre trésorier pour examen (adopté);

2° Deux lettres dont je vous demande la permission de vous donner lecture.

La première émane d'un de nos plus anciens membres associés étrangers, M. le D^r Châtelain (de Préfargier, Suisse). Elle a trait au décès de notre regretté collègue, M. le D^r Ritti.

« Les *Annales médico-psychologiques* m'apportent une nouvelle d'autant plus douloureuse qu'elle était plus inattendue; l'excellent D^r Ritti n'est plus ! Je suis plus affligé que je ne saurais le dire, car j'avais autant d'amitié que d'estime pour cet homme charmant et distingué avec lequel je correspondais depuis si longtemps, c'est-à-dire depuis la mort de Lunier auquel j'avais adressé mon premier article pour les *Annales* en 1866. C'est si triste de voir à mon âge — je fêtais avant-hier le soixantenaire de mon doctorat — les amis s'en aller les uns après les autres et de rester bientôt tout seul au milieu de jeunes avec qui on ne peut pas parler du passé et qui ne comprennent pas le vieillard *laudator temporis acti* !

C'est vous dire que je m'associe de tout cœur au deuil de la Société médico-psychologique qui fait en Ritti une bien grande perte, dont je sens toute l'étendue »...

La deuxième lettre est de M. le D^r Frankhauser, médecin de l'asile de Stephansfeld, et l'un de nos

membres associés. Elle a été motivée par la communication de notre collègue, M. le D^r Raffegau, sur le Luminal :

A la Société médico-psychologique.

Messieurs et chers Collègues,

J'ai lu avec grand intérêt le rapport du D^r Raffegau dans la séance du 29 décembre 1919 sur l'emploi du Luminal dans l'épilepsie.

A cette occasion je voudrais me permettre de faire quelques remarques sur le même sujet.

Dans ma note sur l'effet du Luminal sur les crises épileptiques (*Zeitschr. f. d. ges. Neurologie, Psychiatrie*, t. XVII, n° 4 1913) j'avais constaté que le Luminal a la tendance à condenser les crises, à les rapprocher les unes des autres.

Cet effet favorable, qui prolonge les intervalles libres entre les crises, semble avoir rapport à une autre particularité de l'emploi du Luminal, c'est la tendance à l'accumulation des crises après la suppression du médicament, qui est plus grande qu'après la suppression du bromure, et cette particularité semble être défavorable. En effet nous avons perdu à notre établissement deux malades qui refusaient le Luminal à un certain moment et n'acceptèrent pas non plus le bromure en remplacement. Ils ont eu tous les deux un grave état de mal, dans lequel ils ont péri.

De pareilles expériences ont été faites à d'autres établissements.

Il me semble donc qu'il y ait lieu d'employer le Luminal avec précaution dans l'épilepsie.

Veuillez agréer, messieurs et chers collègues, l'expression de mes sentiments distingués.

D^r FRANKHAUSER,

Membre correspondant de la Société
médico-psychologique.

M. RAFFEGEAU. — Je viens d'entendre lire la lettre du D^r Frankhauser et je ne puis m'associer, d'après mes observations personnelles, aux réserves de notre collègue.

J'ai traité en effet, à l'heure actuelle, près de trois cents comitiaux par le Luminal, et j'ai constaté chez la très grande majorité d'entre eux la cessation ou l'atténuation des crises convulsives. Quelques-uns n'ont pas

obtenu, il est vrai, même au début, la disparition complète de leurs accès ou les ont vus revenir au bout de quelques mois (il y a épilepsie et épilepsie) mais je n'ai jamais enregistré des crises revenant par série qui puissent être attribuées au médicament et j'ai même à peine observé quelques légères équivalences.

Je continue donc à voir dans le Luminal un produit qui peut rendre de très grands services dans l'épilepsie, seul ou associé à d'autres antispasmodiques, et les expériences qui sont faites dans plusieurs asiles, sur une vaste échelle, ne tarderont pas à nous fixer complètement à son sujet.

Il est seulement à désirer que le Luminal nous soit livré de bonne qualité, et j'ai appris avec plaisir que plusieurs maisons françaises commençaient à le fabriquer, mais je souhaite également que nos savants physiologistes étudient son action vraiment extraordinaire dans l'épilepsie. Qui sait si par des recherches de ce genre, ils ne nous donneront pas bientôt le moyen de soulager d'autres misères.

Rapport de candidature.

M. MALLET. — Messieurs, vous avez chargé une Commission composée de MM. H. Colin, Juquelier et R. Mallet de vous présenter un rapport sur la candidature au titre de membre correspondant de M. Huot. Le rôle du rapporteur est aisé et je suis heureux qu'on ait bien voulu me le confier.

M. Huot est médecin inspecteur des troupes coloniales. Sa thèse de doctorat porte sur le *Traitement de la syphilis par les injections d'huile grise*; son activité aux colonies avant et après la guerre, sa conduite sur le front français pendant celle-ci ont valu à M. Huot un avancement rapide que soulignent encore la rosette d'officier de la Légion d'honneur, la croix de guerre avec 3 citations, la médaille d'or des épidémies.

De son séjour aux colonies M. Huot a rapporté une étude des mœurs malgaches publiée sous le nom de *Vasanga*, un compte rendu de mission dans le Haut-Oubangui qui lui a valu un prix de la Société de géographie, un travail sur la constitution psychique et

l'évolution des diverses races centre-africaines qui va paraître incessamment.

Pendant la guerre M. Huot a brossé avec notre distingué collègue M. Voivenel ce puissant triptyque *Le courage, Le cafard, La psychologie du soldat*, qui constitue un document de psychiatrie de guerre de premier ordre.

Ainsi M. Huot remplit ses hautes fonctions militaires avec un esprit de clinicien avisé et curieux dont témoigne son passé que nous venons d'évoquer à peine et qui nous promet d'intéressantes communications à l'avenir.

Votre Commission, Messieurs, vous demande d'accueillir avec l'empressement qu'elle met à vous la présenter la candidature de M. Huot.

M. le D^r Huot est élu membre correspondant à la majorité et à l'unanimité des membres présents.

Les séquelles narcomaniaques.

Par M. LOUIS LIVET,

Médecin adjoint des asiles publics.

Les séquelles post-narcotiques sont des phénomènes d'ordre psychopathique, empruntés à la narcose, et qui, celle-ci dissipée, réapparaissent d'une façon transitoire, souvent intermittente dans le champ de la conscience. Les séquelles post-narcotiques peuvent se présenter sous diverses formes, ce sont :

Les hallucinations auditives, visuelles, génitales ;

Les illusions ;

Les troubles coenesthésiques ;

Les idées fixes et les convictions fausses.

Les *troubles sensoriels* de nature hallucinatoire affectent souvent la sphère visuelle, les plus communs sont ceux que l'on observe chez les alcooliques, qui, leur accès de délirium terminé, voient encore dans leur chambre ou sur eux-mêmes courir et ramper des animaux, rats, serpents, qu'ils essaient de saisir. Il est également fréquent d'observer après l'onirisme cocaï-

nique ou cannabinién des visions de reptiles ou d'insectes, vers, puces, punaises, mouches, ces troubles hallucinatoires visuels étant, par ailleurs, complétés par des illusions sensorielles des troubles cœnesthésiques concordants qui, ayant la même localisation cutanée, ne peuvent que renforcer la précédente conviction.

Il est exceptionnel de voir des troubles sensoriels auditifs revivre dans le post-onirisme; nous en citerons cependant un exemple à nous rapporté par le D^r Kharis. Se trouvant un jour chez un éthéromane, sachant, d'autre part, que celui-ci n'avait pas pris de stupéfiant depuis plus de vingt-quatre heures, il a pu constater que le narcomane accusait pendant toute la matinée des hallucinations auditives sous forme de bruits, de carillons persistants.

On trouve aussi dans l'ouvrage de Moreau (de Tours) un cas d'hallucinations auditives verbales post-narcotiques dues au haschisch. La constatation d'hallucinations auditives post-narcotiques est donc possible.

Les hallucinations génitales peuvent s'observer également surtout sous l'influence du chanvre, de la jusquiame et de la belladone.

Les *illusions* s'observent conjointement avec les hallucinations; elles sont favorisées par la demi-obscrité et par toutes circonstances qui, enlevant à la réalité sa précision, laissent un champ plus vaste à l'incertitude et, partant, aux impressions fausses du malade.

Celui-ci, par exemple, confondra de la cendre de cigarette avec des puces ou autres insectes, il prendra un dessin de tapisserie pour un serpent ou pour la figure grimaçante d'un de ses persécuteurs.

Dans le domaine cœnesthésique, on peut observer des troubles de même nature: certains malades éprouvent comme des démangeaisons, des contacts d'épiderme, des sensations énervantes, comme des fils ou des cheveux que l'on promènerait sur leur peau.

Quant aux *idées fixes* ou *convictions fausses*, on peut les rencontrer avec une extrême fréquence dans toutes les variétés de narcomanie.

Ces idées fixes, sorte de cristallisations psychiques, n'ont pas uniformément la même couleur affective. Les unes, comme les idées de persécution, sont déprimantes

ou terrifiantes ; d'autres sont agréables et euphoriques, et c'est avec plaisir que le malade fait jouer le mécanisme mental du souvenir sur les événements qu'il croit réels de la période oniromaniaque. Enfin ces idées peuvent être indifférentes ou ne pénétrer que fort peu le tonus affectif du sujet.

Entre ces trois couleurs principales toutes les nuances sont possibles, tous les mélanges peuvent s'observer ; nous pouvons toutefois avancer que dans les narcoses alcooliques et thébaïques les idées déprimantes ou terrifiantes sont plus fréquentes, dans les narcoses dues aux diverses variétés de cannabis, ces idées fixes, au contraire, revêtent une couleur agréable et euphorique. Cette proposition n'est pas absolue, car des exceptions fréquentes affaiblissent sa valeur générale.

Alliées aux troubles de la coenesthésie, ces idées fixes sont souvent de véritables idées délirantes, telles les idées de transformation corporelle ou de zoanthropie dont on peut citer de nombreux exemples.

La pathogénie de ces divers troubles psychopathiques révèle l'intervention de deux facteurs principaux ; la drogue et le terrain.

L'influence de la *drogue* dans les séquelles post-narcotiques est due à l'action propre du toxique sur les centres nerveux.

Cette influence est capable de varier dans ses manifestations suivant la qualité de la drogue employée, l'alcool étant, comme nous l'avons déjà dit, à l'origine des hallucinations visuelles, zoopsiques, des idées fixes de jalousie ou des terreurs pantophobiques.

La cocaïne donnant lieu surtout à des troubles de la sensibilité cutanée, sensation de froid, de reptile ou de vers rampant sous la peau, de cheveux, de poils, etc., le chanvre, la jusquiame, la belladone, le datura produisant des troubles marqués de la coenesthésie, déformation des rapports perspectifs des objets, hallucinations micropsiques, bruits hallucinatoires auditifs, sons de cloche, sifflets, ronflements ; l'opium agira plus spécialement sur le domaine idéatif ou imaginatif.

Ces diverses actions ne sont pas aussi nettement et schématiquement séparées, en réalité, elles se com-

binent plus ou moins entre elles et nous n'avons voulu qu'indiquer leurs caractères dominants.

Le poison n'est pas seul à jouer son rôle dans la pathogénie des troubles observés, il faut encore faire au *terrain* une place importante; et, en situant à ce point de vue, nous pouvons distinguer une grande variété de types. C'est que les buts que se proposent les toxicomanes sont eux-mêmes fort différents et que ces différents buts ne sont autres que les tendances constitutionnelles des malades. Un mystique, un pervers, un anxieux franchiront le seuil de la narcomanie par trois portes différentes et le terrain sur lequel germera l'oniriose habituelle sera celui de la constitution même du sujet, c'est-à-dire suivant les cas : l'anxiété constitutionnelle, les perversions instinctives ou la mythomanie; ces diverses prédispositions marqueront de leur empreinte tous les phénomènes onirotoxiques de la phase aigüe et de la période post-narcotique.

Ces archétypes, rarement observés à l'état pur, se combinent et se compénètrent en variétés infinies. Parmi leurs diverses combinaisons, il en est une surtout qui sert aux phénomènes post-narcotiques de terrain de prédilection. Avoisinant de près la constitution mythomane, elle se caractérise par une plasticité mentale particulière, une tendance naturelle à laisser au second plan les facultés de contrôle et de rectification, et d'une façon générale toutes les données positives et matérielles.

La drogue, d'une part, la prédisposition constitutionnelle, de l'autre, forment donc la base sur laquelle se construisent les permanences post-oniriques, suivant les influences réciproques du toxique et du milieu psychique, l'individu réagira soit par des troubles psychosensoriels, soit par des idées fixes ou des convictions post-oniriques. Il faudrait encore établir, pourquoi telle idée plutôt que telle autre *cristallise* dans la mentalité du malade? pourquoi tel état de conscience acquiert, à la faveur du toxique, une prévalence particulière? Cette question ne peut recevoir de réponse entièrement satisfaisante; tout ce qu'on peut dire, c'est que si parfois l'idée fixe prend naissance dans le subconscient, en telle sorte que son apparition semble tout à fait spontanée,

la plupart du temps, elle est favorisée par une phase *d'orientation volontaire préonirique*, qui la circonvient et la prépare, la narcose venant consécutivement lui donner tout son lustre et sa fixité. C'est ainsi qu'avant leur narcose, les sorciers avaient le désir d'aller au Sabbat, que les fumeurs de mariguana vont à la fumerie dans un but bien déterminé pour obtenir la satisfaction d'un désir, d'un souvenir ou d'un espoir ; le désir et le toxique se prêtent un mutuel concours pour dresser dans le psychisme l'idée fixe prévalente.

Les idées fixes et les convictions post-narcotiques parviennent à s'imposer absolument et contre l'évidence à la conscience du sujet. Elles peuvent, nous l'avons observé dans l'alcoolisme, subsister dans la mentalité comme des îlots délirants qui, dans un milieu prédisposé, s'accroissent de tous les éléments que fournit l'activité journalière, tel un cristal projeté dans une solution convenable du même sel, détermine la cristallisation envahissante de la solution et s'accroît progressivement par sa périphérie.

C'est ainsi que peuvent prendre naissance, et évoluer d'une façon plus ou moins durable, des états délirants post-narcotiques, et même des états véritablement démentiels, passant par les trois formes que décrivaient les anciens auteurs : la manie, le délire partiel ou monomanie, et la démence, c'est-à-dire, transposés en langage psychiatrique moderne : la confusion mentale onirique, le délire par idées fixes post-oniriques, la démence.

Sommes-nous autorisés à pousser plus avant nos déductions ? Faut-il envisager une utilisation possible des substances narcotiques dans un but thérapeutique ?

Sans doute, la crainte de créer une habitude néfaste a toujours retenu les médecins, et nous savons toutes les critiques que l'on peut faire à cette méthode. Par ce qu'elles ont d'outrancier, de telles conceptions paraissent difficilement soutenables, aussi ne conservent-elles pour nous qu'une valeur d'hypothèse.

Nous pouvons résumer ainsi les pages qui précèdent :

Les états post-narcotiques sont une paraphrase des états post-oniriques.

Les idées fixes et convictions post-narcotiques s'observent avec fréquence dans toutes les narcomanies ;

elles reflètent habituellement les préoccupations pré-oniriques du sujet.

A leur production contribuent deux facteurs : la drogue et la constitution psychopatique individuelle.

Leur utilisation thérapeutique n'est pas impossible, mais reste à déterminer. (Cette communication a été résumée par l'auteur qui avait joint à son exposé de nombreux exemples tirés de l'Antiquité et des mœurs des peuplades primitives).

DISCUSSION

M. MIGNARD. — M. Livet soutient, à juste raison, que les intoxications par les narcotiques laissent des séquelles où peuvent se greffer des convictions délirantes. Il illustre cette notion, exacte et intéressante, non seulement de documents cliniques, mais d'histoires et de légendes empruntées notamment à la vie religieuse de l'Antiquité. L'on ne saurait nier que l'usage de substances narcotiques ait joué un rôle dans certaines de ses manifestations, mais il serait excessif de vouloir les expliquer par ce seul facteur. Durkheim a bien vu, chez les peuples primitifs, ou considérés comme tels, que l'inspiration mystique ne pouvait se réduire aux purs phénomènes pathologiques (suggestion, ivresse, etc...). Elle a, dans le développement des sociétés, un rôle trop positif. L'explication de Durkheim, qui la réduit à un processus uniquement social, apparaît à son tour comme insuffisante. Cependant, nous devons reconnaître que cet auteur a eu le mérite de démontrer le caractère superficiel de certaines interprétations, parfois considérées à tort comme des vérités scientifiquement établies.

M. LIVET. — Je n'ai pas voulu généraliser les interprétations que j'ai données de ces faits empruntés à l'histoire des religions anciennes. J'ai simplement cherché à en dégager le caractère médical en rapport avec ce que nous savons de la pathologie des narcoses.

M. LEGRAIN. — J'ai écouté avec beaucoup d'attention l'intéressante communication de M. Livet. Pendant vingt ans, dans mon service de toxicomanes de Ville-Evrard, j'ai observé des milliers de malades, et j'ai publié, il y a dix ans, à propos de ces faits, un livre intitulé : *Les folies à éclipse*.

Il est important d'insister sur l'exhumation par le toxique de l'idée obsédante existant dans le subconscient. Ces idées sont très fréquemment l'origine de délires qui se systématisent et durent souvent deux à trois mois. Puis ces délires rentrent dans le subconscient, mais les malades continuent à délirer dans le passé. Bien que ne délirant plus dans le présent, ils croient à la réalité des hallucinations passées. En somme, ils ne guérissent jamais de ce délire hallucinatoire et en font la base de délires organisés. Mis en liberté, ils recommencent à s'intoxiquer et, sous l'influence de la saturation toxique, le délire ancien est exhumé dans les mêmes termes et redevient actuel. Le malade le reprend au point où il l'avait laissé. J'ai vu des malades abandonner ainsi un délire en train de s'organiser, puis reprendre plus tard ce délire qui semblait avoir évolué dans le subconscient. Après quelques internements, le délire s'installe et reste.

M. LIVET. — Les convictions délirantes ne sont pas forcément permanentes : chez des malades moins intoxiqués ou moins prédisposés, elles arrivent à disparaître complètement, le malade rectifiant son délire et sa croyance.

M. DUPAIN. — M. Livet a évoqué les mœurs du passé et n'a pas parlé du conte de Lucien. Il s'agit de l'imprudent Lucius qui, recevant l'hospitalité, s'avise de regarder la maîtresse de la maison en train de se frotter avec un onguent magique pour se transformer en oiseau et s'envoler par la fenêtre. Avec la complicité d'une femme de chambre, Lucius répète l'expérience, mais, par une erreur dans le choix de l'onguent, Lucius fut transformé en âne et reprit sa forme humaine en broûtant des roses.

L'organisation technique de la prophylaxie mentale.

Par MM. TOULOUSE ET GENIL-PÉRRIN.

Les aliénistes doivent s'élever contre le préjugé qui tend à faire des psychopathes de simples déchets d'humanité, bons à parquer dans des asiles d'incurables.

Les états incurables ne sont pas plus fréquents parmi

les psychopathies que parmi les autres maladies. Et, contre les troubles mentaux aigus, l'aliéniste n'est pas désarmé, surtout s'il peut les traiter à temps.

Il est possible même d'assurer la prophylaxie des troubles mentaux en plaçant dans des conditions spéciales les sujets prédisposés.

Les Américains se sont inspirés de cette notion pour créer une organisation — *Comité d'hygiène mentale* et dispensaires psychiatriques — fondée sur les principes du *Social Work* (service social), qui a déjà donné d'heureux résultats.

En France, on s'est engagé dans cette voie en créant le Comité d'hygiène mentale, sur la suggestion de la Société médicale des Asiles de la Seine. L'article 2 de l'arrêté du 12 avril 1920 qui l'institue dit que le Comité « recherchera les moyens médicaux et sociaux les plus efficaces d'organiser la *prophylaxie* et le traitement des troubles mentaux ».

La prophylaxie mentale ne doit pas se limiter à la lutte contre la dégénérescence.

L'eugénique répond évidemment au premier desideratum de la prophylaxie mentale qui veut que l'on s'oppose à la procréation d'êtres dégénérés, et par là prédisposés aux psychopathies. Mais la prédisposition héréditaire ou congénitale n'est pas le seul facteur des troubles mentaux. Les causes occasionnelles méritent d'être retenues plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici, surtout au sortir d'une période particulièrement difficile, où les organismes physiques et mentaux ont été ébranlés par les fatigues, les privations et les émotions de la guerre.

Donc il ne faut pas compter uniquement pour l'amélioration des générations futures, sur l'eugénique. Pendant longtemps encore il naîtra des prédisposés qu'il ne faudra pas abandonner. Ce sera œuvre sociale utile que de chercher à les mettre plus particulièrement à l'abri des causes occasionnelles susceptibles de transformer en troubles actuels les possibilités morbides dont ils sont porteurs.

C'est ici que se place le rôle précis de l'aliéniste. La mise en œuvre des lois engéniques appartient au domaine de l'hygiène générale; la lutte contre les causes

occasionnelles demande au contraire une culture psychiatrique très spéciale.

Ainsi envisagée, la prophylaxie mentale devra s'appuyer :

1° Sur une technique médico-psychologique qui permettra de dépister les prédisposés ;

2° Sur une technique sociale qui permettra de les atteindre et de leur assurer l'application des mesures prophylactiques.

I) *Le diagnostic précoce de la prédisposition.* — La partie médico-psychologique du problème de la prophylaxie mentale se pose de la façon suivante : trouver des moyens pratiques de faire, chez le plus grand nombre possible de sujets, le diagnostic précoce de la prédisposition psychopathique.

La recherche des stigmates de dégénérescence est à cet égard insuffisante. La valeur de ces stigmates est incertaine. Il n'existe pas un parallélisme absolu entre la dégénérescence physique et la dégénérescence mentale. La signification des stigmates anatomiques a été depuis longtemps mise en doute, particulièrement lors des grandes discussions sur la folie héréditaire, à la Société médico-psychologique, en 1886.

Quant aux stigmates psychiques, ils comportent une critique d'un autre ordre. Tous les phénomènes qu'on a décrits sous ce nom, inégalité d'humeur, perversions des instincts, obsessions, impulsions, etc., sont déjà des phénomènes psychopathiques avérés, bien que légers. Et il est déjà trop tard quand on les constate pour parler de simple prédisposition.

C'est donc avant l'apparition du stigmate psychique ou du syndrome épisodique qu'il faudra faire le diagnostic de la prédisposition.

La recherche de stigmates de dégénérescence est donc insuffisante. Elle ne peut résoudre à elle seule le problème du diagnostic *précoce* de la prédisposition.

D'ailleurs les stigmates sont fort inconstants ; ne connaissons-nous pas des affections mentales périodiques ou des rechutes dans lesquelles, aux périodes de rémission, aucun signe ne vient trahir la prédisposition, cependant démontrée par la première atteinte. Si l'on connaît cette première atteinte, ce diagnostic sera

facile. Mais si on l'ignore, si l'individu la dissimule par intérêt, la prédisposition passera pour nous totalement inaperçue.

* * *

Qu'est-ce qui constitue essentiellement la prédisposition psychopathique? C'est un état de moindre résistance psychique.

Il faudrait trouver un moyen de mettre en évidence cet état de moindre résistance.

Il ne paraît pas impossible de résoudre ce problème pour les fonctions intellectuelles puisqu'on l'a fait pour les fonctions viscérales.

La pathologie interne possède les moyens de mettre en évidence la moindre résistance d'un organe que l'exploration clinique ne peut déceler.

Une légère insuffisance hépatique sera mise en relief par l'épreuve de la glycosurie expérimentale. Une lésion cardiaque apparaîtra mieux à l'auscultation quand on aura fait faire au sujet des efforts violents.

Quel est le principe de ces épreuves? C'est de provoquer un surmenage expérimental du foie ou du cœur. De la fatigabilité rapide de ces organes on conclut à leur état de moindre résistance.

Or il n'y a aucune raison *a priori* pour que l'on ne puisse appliquer aux fonctions psychiques une méthode qui s'est montrée fructueuse dans l'étude des autres fonctions de l'organisme.

Un cerveau qui se fatiguera trop vite ne pourra-t-il à bon droit être tenu pour un cerveau peu valide?

On doit donc chercher une méthode pratique pour mettre en évidence les *méiopragies intellectuelles*, aussi utiles à connaître en matière d'hygiène mentale que les *méiopragies viscérales* le sont en matière d'hygiène ordinaire.

La voie est déjà préparée par toute une série de travaux sur la fatigue intellectuelle. Mosso, Binet et Henri, etc., ont étudié les manifestations viscérales ou psychologiques de la fatigue mentale chez des sujets soumis à un travail intellectuel intense ou prolongé.

Ils ont montré que cette fatigue se traduisait par des modifications de la circulation, de la pression sanguine,

de la respiration, de la force musculaire, des temps de réaction, de la qualité même du travail accompli.

Nous avons donc à notre disposition des réactions physiologiques et psychologiques permettant de contrôler la fatigabilité intellectuelle d'un individu et, par là, son état particulier de résistance psychique.

Reste à établir des épreuves courtes et pratiques qui permettront d'opérer en grande série.

Il faudra donc renoncer aux épreuves de travail intellectuel prolongé et faire porter de préférence les investigations sur l'*effort mental* (travail intense en un temps court qui entraîne une fatigue rapide). Imposons donc au psychisme un travail intense sur un rythme précipité, et le rapport entre l'effort fourni et les symptômes de fatigue observés donnera l'indice de la fatigabilité intellectuelle et par là même de la résistance cérébrale.

Une semblable réaction n'aura pas seulement l'avantage de déceler la prédisposition latente; elle fournira encore des indications prophylactiques précises, puisqu'elle indiquera l'effort maximum qu'il sera possible de demander à un sujet déterminé.

Cet indice de fatigabilité permettra de régler la quantité de travail maxima à demander au sujet et par suite de lui permettre d'éviter le surmenage, qui compte parmi les causes occasionnelles les plus importantes des désordres mentaux.

C'est à simple titre d'exemple que nous indiquons cette réaction. Il est possible d'en trouver d'autres plus significatifs encore. Il serait à souhaiter que les aliénistes et les psychologues dirigeassent leurs recherches dans ce sens.

D'ailleurs il ne faudrait pas délaier les moyens cliniques qui doivent demeurer pour le moment à la base de la recherche des prédisposés. Et d'autre part le clinicien saura encore se contenter de dépister la prédisposition d'après les petits signes de la psychopathie actuelle.

II. *La technique sociale de la prophylaxie mentale.* — Ce n'est pas tout que de fixer la technique médico-psychologique du diagnostic de la prédisposition ou encore du diagnostic des troubles mentaux, on doit agir sur l'activité sociale

L'éducation du peuple, aussi peu soucieux des règles d'hygiène mentale que des règles d'hygiène ordinaire, doit être entreprise méthodiquement. De même que l'on donne la chasse aux logis malsains dans lesquels se complaît l'ouvrier, de même que l'on traque le buveur dans le cabaret où il s'attarde, de même il faut imposer aux masses les règles de l'hygiène mentale. Le prédisposé ne viendra pas spontanément à nous ; nous devons aller à lui.

L'organisation sociale de la prophylaxie mentale comporte donc comme indications principales :

1° Mettre en présence de l'aliéniste les petits psychopathes et les prédisposés ;

2° Assurer l'application, dans les cas particuliers, des règles générales de l'hygiène mentale.

Il n'existe actuellement en France aucune organisation répondant bien à ce double but.

Les services d'asile ne peuvent pas plus servir à faire de la prophylaxie mentale que les services d'hôpital ne permettent de réaliser la prophylaxie de la tuberculose, de la syphilis ou du paludisme.

Les consultations externes de psychiatrie, telles qu'elles existent actuellement, ne s'adressent guère qu'aux psychopathes et non aux prédisposés. Elles font plutôt de la thérapeutique que de la prophylaxie. Quels que soient les efforts et l'initiative individuelle des médecins qui les dirigent-elles n'ont pas d'action sur la masse du peuple.

Le seul agent de prophylaxie, le seul préventorium, c'est le dispensaire.

L'exemple de la lutte antituberculeuse et de la lutte antivénérienne le prouve. Nous devons donc réclamer la création de *dispensaires psychiatriques*.

Ce vœu a recueilli l'approbation unanime de la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance (1), à qui nous l'avons récemment soumis.

Tout au plus nous a-t-on objecté que, pour éviter le discrédit qui s'attacherait à l'étiquette psychiatrique, il vaudrait peut-être mieux utiliser simplement des

(1) *Revue philanthropique*, 1920.

consultations de psychiatrie dans les dispensaires d'hygiène sociale.

Cette objection n'est pas faite pour nous arrêter. Les deux organismes peuvent fonctionner utilement. Il serait cependant plus courageux de ne pas masquer cette étiquette psychiatrique au moment où le public commence à abdiquer certains préjugés. Considérons plutôt en matière de maladies vénériennes quelle victoire l'hygiène a remportée sur la pudibonderie de nos pères.

Il nous faut donc des dispensaires psychiatriques, organisés suivant des méthodes nouvelles. Il y aurait avantage à s'inspirer des principes du *service social* américain.

Les Américains ont compris l'inefficacité des anciennes organisations. Ils possédaient depuis longtemps des services d'asile, des consultations externes de psychiatrie. Ils ont vu cependant que la pénétration de leur action dans les masses populaires était insuffisante.

Il fallait trouver quelque chose de plus, ils l'ont cherché, ils l'ont créé, et non seulement pour la psychiatrie, mais pour toutes les branches de l'hygiène et de l'assistance : ils ont organisé le *social work*, le service social.

Le service social est une méthode d'individualisation de l'assistance. Les règles d'hygiène ne comportant pas un pouvoir persuasif suffisant pour s'imposer spontanément au peuple, les Américains se sont ingénies à en assurer l'application aux cas particuliers. Ils ont créé des *social workers*, des assistantes sociales, dont le rôle est de pénétrer dans les diverses collectivités, famille, école, atelier, prison, etc., pour prendre contact avec les individus, étudier leurs conditions spéciales d'existence et les soumettre à des mesures appropriées à leur situation particulière.

La pratique du service social a rapidement démontré la nécessité de spécialiser des assistantes psychiatriques, et, petit à petit, s'est constitué le *service social psychiatrique* proprement dit, dont la direction a été assumée par le « Comité national pour l'hygiène mentale », qui a centralisé du même coup toutes les questions d'assistance et d'enseignement psychiatrique, de technique

manicomiale, de pédagogie des anormaux, de psychologie criminelle, d'hygiène mentale professionnelle.

Il s'agit donc d'une méthode nouvelle d'assistance. Rien de comparable n'existait en France. Mais un mouvement se dessine dans notre pays en faveur de ce service social. On a créé à Paris une Ecole de service social. Le ministère des Régions libérées a institué un corps d'assistantes sociales qui travaillent dans les régions dévastées, à la façon des « Social workers » américaines.

Si donc nous voulions faire l'application de ces méthodes à la prophylaxie mentale, nous trouverions le terrain tout préparé. Aussi bien nous sommes-nous personnellement assurés que la collaboration des psychiatres serait accueillie avec empressement par les promoteurs français du service social.

Si en Amérique l'organe directeur du service social psychiatrique est le Comité d'hygiène mentale, l'organe d'exécution en est le dispensaire psychiatrique.

Rien ne serait plus aisé que d'organiser en France ces dispensaires psychiatriques. A Paris même, on pourrait commencer par orienter dans ce sens l'activité de la consultation externe de Sainte-Anne, fréquentée par des malades qui se trompent d'adresse, n'étant en aucune façon des psychopathes, et qui par conséquent grèvent indûment le budget des aliénés.

Mais l'efficacité de ces dispensaires dépendra surtout de leur multiplicité et de leur diffusion dans les quartiers ouvriers.

Leur personnel comprendrait essentiellement un médecin aliéniste compétent et quelques infirmières pour le service de la consultation, des archives, des visites à domicile et des liaisons extérieures. Au début, il faudrait compter surtout sur le concours d'infirmières bénévoles; mais il serait avantageux de s'assurer par la suite la collaboration d'assistantes sociales professionnelles spécialisées en psychiatrie, que l'on recruterait parmi les diplômées des Ecoles de service social.

La clientèle des dispensaires serait constituée :

1° Par les aliénés guéris et améliorés sortis des asiles;

2° Par les prédisposés et les psychopathes du dehors.

Le dispensaire pourrait utilement surveiller la convalescence des aliénés guéris et leur réadaptation au milieu social. Il y a longtemps que l'on demande la réalisation de ce contrôle de la convalescence des aliénés, particulièrement propre à prévenir les rechutes. Les sociétés de patronage spécial n'ont pas répondu aux espoirs qu'on fondait sur elles. En s'attachant à l'orientation nouvelle que nous indiquons elles verraient peut-être leur activité se rajeunir et devenir plus opérante.

Mais c'est au sein même de la société qu'il faudra aller chercher les petits psychopathes et les prédisposés, pour les mettre sur le chemin du dispensaire. C'est là ce que ne réalisent en aucune façon les institutions actuellement en vigueur. C'est ce point précis qui demande l'intervention de cet élément nouveau que représente le service social américain.

C'est là que les assistantes du dispensaire devront entrer en campagne pour pénétrer dans les milieux familiaux scolaires et professionnels, assurer la liaison avec les autres œuvres d'assistance, avec les autres consultations d'hôpital ou de dispensaires et pour rechercher les individus susceptibles de bénéficier d'une surveillance psychiatrique.

Ces assistantes ne seront pas seulement des agents de recrutement, elles auront encore :

1° à recueillir les renseignements sur les antécédents personnels et familiaux des sujets, ainsi que sur leurs conditions d'existence, documentation qui peut être mieux conduite sur place que sur l'interrogatoire au dispensaire ;

2° à surveiller l'application et l'observation des prescriptions thérapeutiques et prophylactiques formulées par le médecin du dispensaire.

Le dispensaire psychiatrique serait donc en résumé :

1° un centre de triage et de dépistage des petits psychopathes et des prédisposés ;

2° un organe de surveillance de la convalescence des aliénés sortis des asiles ;

3° un foyer de vulgarisation et d'enseignement populaire de l'hygiène mentale.

Le dispensaire devrait être en liaison avec un laboratoire de psychopathologie, seul lien où peuvent être faits les diagnostics délicats.

*
* *

On pourrait nous objecter que nous ne demandons rien qui n'existe déjà.

Nous ne nions pas que, dans les consultations psychiatriques qui fonctionnent actuellement dans les grands centres, on fasse œuvre utile de prophylaxie mentale.

Mais nous restons loin de la réalisation technique de l'hygiène mentale.

En dehors de la compétence des aliénistes de haute valeur qui les dirigent, tout y est mesquin, étrié, à courte vue.

Ces consultations se passent dans des locaux de fortune. La clientèle y est limitée au bas peuple. Le personnel médical y est insuffisant. L'aliéniste chef de service a pour l'assister des jeunes gens qui souvent en sont à leur premier contact avec la psychiatrie et désirent généralement s'en tenir là. Ces observations sont rarement prises complètement ou tenues à jour.

Il n'y a guère de dossiers constitués qui permettent de suivre les malades dans les diverses étapes de leur maladie.

Les travaux de différentes consultations ne sont pas comparables entre eux parce qu'il n'y a pas de technique commune adoptée après accord préalable.

Enfin il n'y a pas de liaison entre les autres dispensaires, les hôpitaux, les établissements scolaires, les services judiciaires et de police.

Dans ces conditions, ces institutions doivent rester sans portée sociale.

Individuellement tout malade qui sera venu demander des soins à ces consultations en obtiendra de bons effets. Il sera traité avec science et avec conscience.

Mais de prophylaxie sociale il n'en est pas question. En particulier, comment les prédisposés sont-ils canalisés vers les consultations? Ils ne le sont pas; seuls, les psychopathes avérés y ont accès.

Nous croyons donc pouvoir affirmer que ce que nous demandons n'a pas encore été réalisé en France ni par l'initiative privée, ni par les pouvoirs publics.

Nous demandons, en définitive :

1° que l'on approfondisse l'étude de la prédisposition psychopathique, de façon à pouvoir dépister, en s'aidant d'épreuves psycho-physiologiques, non seulement les petits psychopathes, mais encore les snjets frappés d'une fragilité cérébrale qui échappe à l'investigation clinique ordinaire ;

2° que l'on crée des dispensaires psychiatriques et un service social dans le but d'organiser l'hygiène et la prophylaxie mentales sur des bases techniques.

DISCUSSION

M. TOULOUSE. — Je désire faire remarquer l'opportunité de cette action. La presse, l'opinion, les pouvoirs publics sont actuellement peu favorables aux aliénés et à la médecine mentale. Nous nous tenons trop éloignés du public ; on confond toujours dans la discussion les psychoses aiguës avec l'idiotie et la paralysie générale. Il est temps de chercher à faire comprendre à tous que l'organisation actuelle est aussi néfaste que celle qui, dans les hôpitaux, mélangerait, comme autrefois, les incurables avec les typhiques, par exemple.

Trop longtemps, comme dans l'intéressante communication de notre collègue Livet, nous nous sommes cantonnés dans l'étude des cas intéressants, des anecdotes, des considérations historiques ; il faut maintenant apporter des faits, des méthodes nouvelles, des réalisations pratiques. Il faut laisser de côté le scepticisme qui est de mode dans les milieux psychiatriques et chercher à réaliser des procédés prophylactiques.

M. VALLON. — Il va de soi que j'approuve la déclaration de MM. Toulouse et Genil-Perrin en ce qui concerne la prophylaxie des maladies mentales, mais je désire ajouter quelques mots au sujet de la prétendue impuissance de la thérapeutique en ce qui concerne ces mêmes maladies. Sur ce point, des idées erronées règnent non seulement dans le public, mais aussi, il faut bien le

reconnaître, parmi nombre de médecins. La maladie mentale confirmée est réputée toujours incurable. Certes, nous ne prétendons pas guérir toujours, mais guérissons-nous beaucoup moins souvent que d'autres spécialistes? Je ne le crois pas.

Les sujets qui nous sont confiés dans les asiles forment deux catégories : les infirmes et les malades.

Par infirmes, j'entends les idiots et les imbéciles. Certes nous n'arrivons pas à leur donner l'intelligence qui leur manque, mais donne-t-on mieux la parole aux sourds-muets et la vue aux aveugles de naissance?

Pour ce qui est des malades, un grand nombre restent incurables. C'est malheureusement vrai. Nous ne guérissons pas encore la paralysie générale; mais les neurologistes guérissent-ils mieux l'ataxie locomotrice? L'hallucination de l'ouïe est une manifestation morbide tenace contre laquelle tous nos efforts thérapeutiques restent parfois vains, mais les auristes guérissent-ils davantage le simple bourdonnement d'oreille, phénomène morbide pourtant bien moins complexe; les ophtalmologistes viennent-ils plus facilement à bout de l'atrophie papillaire? Si l'on établissait des statistiques comparatives, on verrait, qu'en somme, la thérapeutique des maladies mentales donne des résultats qui ne sont pas inférieurs à ceux obtenus ailleurs. Que si l'on prend la psychose, la mélancolie, par exemple, on serait bien obligé de reconnaître que nous la guérissons dans le plus grand nombre de cas.

On reproche aux établissements d'aliénés de coûter trop cher. Sommes-nous donc responsables du renchérissement de la vie? Est-ce de notre faute si l'on emploie si mal les fonds consacrés au service des aliénés? Pour ma part, n'ai-je pas dit et répété depuis vingt ans que c'est faire des finances du département de la Seine un emploi bien peu judicieux que de mettre à l'asile clinique Sainte-Anne, où le prix de journée est le plus élevé, des idiots et des imbéciles, c'est-à-dire des infirmes qui ont simplement besoin d'être hospitalisés et surveillés? Quand donc se décidera-t-on à faire la séparation des aigus et des chroniques que réclament maintenant tous les médecins des asiles de la Seine?

M. TOULOUSE. — Je suis tout à fait d'accord avec

M. VALLON. Nous avons contre nous l'opposition de l'Administration.

J'insiste sur ce point. Avant les efforts de Grancher, on ne s'occupait pas des tuberculeux; avant la guerre, on cachait la syphilis; c'est uniquement la création des dispensaires qui a assuré le succès de ces prophylaxies. Leur création pour nos malades montrera que nous sommes capables, avec notre spécialité, de préserver le public de la folie.

M. COLIN. — Je désire appuyer les paroles de M. Vallon. La preuve en a été faite pendant la guerre et les services de psychiatrie militaire dans lesquels on soignait les malades aigus ont obtenu énormément de guérisons.

M. VALLON. — Chez des malades qui, sans ces services, seraient passés à l'état chronique.

M. MALLET. — C'est la force des choses qui a fait créer les services militaires dans la deuxième année de la guerre pour le traitement des psychoses aiguës.

M. COLIN. — Dans mon service de Villejuif, qui avait été prévu un an avant la guerre, comme service militaire, et qui fut ouvert le 2 août 1914, sur 1.600 malades, j'ai obtenu 800 guérisons.

M. TOULOUSE. — Nous sommes tous d'accord, il faut maintenant réaliser cet accord sous une forme sensible.

M. VALLON. — La consultation de l'asile Sainte-Anne est très fréquentée. Elle reçoit des malades de toutes sortes. Il serait nécessaire de l'installer et de la réorganiser. Si on se préoccupait de prophylaxie mentale et si l'on faisait des services d'aigus, on constaterait vite les résultats.

Contribution à l'étude de l'hérédité dans les maladies mentales.

(Document généalogique remontant à plus d'un siècle.)

Par M. YVES PORC'HER.

En recherchant les antécédents héréditaires d'une malade que nous avons pu examiner d'abord à l'infirmerie spéciale dans le service du Dr de Clérambault,

puis à l'admission de Sainte-Anne dans le service du D^r Marcel Briand, un document officiel attestant l'existence d'aliénés chez les ascendants au delà et y compris la quatrième génération nous est tombé entre les mains.

C'est ce document que nous avons l'honneur de communiquer aujourd'hui à la Société médico-psychologique.

La malade, M^{lle} D..., âgée de trente-deux ans, se présentait, quand nous l'avons examinée au mois de mars, comme une débile insociable. Voici d'ailleurs le certificat de mon maître, le D^r de Clérambault.

« Délire quérulant. Interprétations anciennes. Récriminations. Licenciée d'un bureau militaire, reprochait à un de ses supérieurs de lui avoir rendu, par ses notes, impossible de se replacer. Tentative de suicide par revolver, après longue préméditation, prétendait, par son suicide, attirer la vindicte judiciaire sur ses ennemis.

Morosité et insociabilité anciennes; obtusion affective, hypertrophie du moi, hostilité diffuse, hypocondrie partiellement injustifiée. Tentative de suicide il y a huit ans (submersion). Tuberculose familiale.

Trois interventions chirurgicales. Excitation psychique actuelle. Probablement malade difficile à l'asile. Dangereuse en liberté.

Nous avons appris par la mère que son mari, père de la malade, était d'un caractère morose, coléreux, à réactions violentes paroxystiques, avec tendance aux idées de persécution. Ce fut tout ce que nous pûmes obtenir comme renseignement sur le moment.

Mais à quelque temps de là, la mère vint nous retrouver en nous apportant un extrait des minutes du greffe de la justice de paix du canton d'Arzac, dont nous extrayons les passages suivants :

« Le 30 septembre, 1813, devant nous, Jacques Lalanne, juge de paix du canton d'Arzac, département des Basses-Pyrénées, assisté de notre greffier, a comparu le sieur Bernardin D..., propriétaire habitant à Arzac qui nous a exposé que Jacques Vincent D... et Jeanne D..., ses enfants premiers nés sont depuis très longtemps atteints de manie, ayant éprouvé l'un et l'autre à diverses époques des attaques de folie au point qu'ils ont dû être renfermés..

L'exposant devant faire la preuve de ces faits afin de pouvoir conserver auprès de lui Mathieu D..., son autre fils cadet, seul soutien de la famille actuellement appelé comme conscrit de 1814...

« A convoqué plusieurs témoins. »

Le conscrit Mathieu D... se trouve être l'arrière-grand-père paternel de notre malade.

Suivent les témoignages de huit personnes attestant que les enfants D... sont atteints de « manie » et qu'ils tombent dans la « fureur ».

Enfin le témoignage d'un médecin dont voici copie :

« Pierre Labeyrie, officier de santé, habitant à Arzac, âgé de quarante-trois ans, lecture faite au témoin de l'exposé ci-dessus, a déclaré n'être parent, allié, serviteur ni domestique de la famille sus-nommée, et après serment prêté de dire vérité et interrogation faite, dépose que depuis son retour de l'armée qui remonte à treize ans, il traite habituellement la famille de D... de cette ville; que Bernardin D... père, Jacques Vincent, et Jeanne D... ses enfants, premiers nés sont atteints de manie; que le père a éprouvé diverses attaques, plus ou moins caractérisées; que les deux enfants sus-nommés en ont éprouvé de plus fréquentes ce qui constitue en eux une maladie habituelle; que ces attaques ont souvent duré deux ou trois mois, qu'ils se sont échappés à diverses reprises du lieu où ils étaient enfermés, et qu'ayant donné des signes de fureur il a fallu courir après eux et les ramener de force dans l'appartement où ils étaient enfermés et où on a dû les attacher; que chaque attaque de cette maladie a fini toujours par un état de stupidité qui annonçait la fin de l'accès, qu'enfin les remèdes qui leur ont été administrés, soit par le déposant, soit par le médecin qui a été appelé ont été infructueux. Que les attaques se renouvellent toujours et qu'il n'y a point d'espoir de guérison attendu qu'il est notoire que la maladie est héréditaire. »

Nous aurions voulu compléter ces données par quelques renseignements sur les ascendants plus proches de notre malade; nous n'avons malheureusement pu en apprendre davantage que ce qui a été rapporté plus haut au sujet de son père.

La séance est levée à 6 heures.

Les secrétaires des séances, ,

P. JUQUELIER et RENÉ CHARPENTIER.

SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1920

Présidence de M. PACTET, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance de juillet.

Le secrétaire général communique les pièces de la correspondance qui comprend une lettre de M. le Dr Logre, remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant.

M. LE PRÉSIDENT adresse les félicitations de la Société aux membres titulaires et correspondants nommés ou promus, depuis la dernière séance, dans la Légion d'honneur : MM. Antheaume, H. Colin, Ducosté, Dupony.

Sur la proposition du secrétaire général, la Société déclare vacantes deux places de membre titulaire. Les candidatures seront annoncées à la séance de novembre.

Sur le mécanisme du délire onirique.

Par M. ALFRED SCHLESINGER,
Médecin à La Chaux-de-Fonds (Suisse).

M. CHASLIN lit ce travail dont suit le *Résumé* :

Le délire onirique est ce syndrome clinique dont l'expression la plus parfaite est réalisée par le délire alcoolique. Mais plusieurs états psychopathiques, résultant surtout d'infections et d'auto-intoxications, sont caractérisés par cet état quasi somnambulique constitué par des associations kaléidoscopiques d'images, à l'instar d'un rêve. C'était, dès 1881, l'opinion de Lasègne. Ce fut celle de Régis et de Chaslin, avec quelques variantes.

Les théories toutes modernes d'explications des rêves confirment-elles cette ancienne manière de voir? Freud (de Vienne) a établi une théorie qui s'efforce de rattacher le rêve à des impressions vécues. Il est tombé dans ce travers d'attribuer une importance démesurée aux facteurs sexuels. Néanmoins, cette manière de rechercher systématiquement toutes les impressions, les

émotions, etc., du rêveur, donne des résultats pratiques des plus intéressants.

Le rêve est donc constitué par des réminiscences exactes ou non. Celles-ci peuvent être modifiées par deux facteurs : le transfert et la superposition des images. D'autre part, le rêve est souvent une manifestation subconsciente du désir. En fait, on peut comparer un songe à un drame cinématographique, l'élément auditif ne jouant qu'un rôle accessoire dans le sommeil et n'entrant guère en ligne de compte que dans les cauchemars. Bien plus, le rêveur est dédoublé jusqu'à un certain point, mais cette demi-conscience qui en résulte n'est pas poussée au même degré pour chacun.

Cette théorie du rêve est-elle applicable au délire onirique? Schlesinger rapporte l'observation d'une dame de quarante ans, qu'il eut l'occasion de suivre pendant dix-huit mois, jusqu'à la guérison. Cette dame avait fait un délire de rêve, qui fut très intense et se prolongea au point de constituer cet état que Delmas et Gallais ont baptisé : Délire systématisé post-onirique.

Dans la première période (le délire onirique proprement dit), les lois du rêve s'appliquèrent exactement à cet état pathologique. Défilé d'images kaléidoscopiques : son mari, puis Dien, puis les nièces de la malade, tuées pendant le bombardement de Paris, en 1918 ; sa fille, qu'elle craignait de voir mourir de la tuberculose, des bacilles, des globules de créosote, un médecin que la malade aimait passionnément, etc. On aurait cru assister à un cauchemar pur et simple, alors que la malade était éveillée.

Cette période de délire onirique, très aigu et indiscutable, fut courte. La seconde période, celle de délire systématisé post-onirique, dura des mois. Elle n'affecta plus cette allure cauchemardante qu'avait eue la première phase de la maladie. Aussi, tandis que, jusque-là, cette dame s'était crue malade, elle ne l'admit plus pour la période de délire systématique. Tout en vivant la vie banale d'une personne du monde en villégiature, elle se construisait un vrai roman affectif et mystique. Se croyant devineresse, la malade vivait un beau rêve et bombardait de lettres tous les grands hommes de

France, sans compter le médecin qu'elle aimait, avec qui elle se voyait fiancée et à qui elle envoyait force lettres, tendrement érotiques, jusqu'au jour où elle dut être internée, en février 1919.

D'aucuns prétendraient que cette phase fut de la « démence précoce » des Allemands. Schlesinger s'insurge contre cette manière de voir. Reprenant certains des arguments de Chaslin, il affirme que le terme démence précoce englobe une foule de choses disparates et n'a pas de signification précise. D'autre part, ce délire systématisé n'est-il pas lui-même un rêve? Tous les songes ne sont pas des cauchemars. Quoi qu'il en soit, la psychothérapie consista à expliquer à la malade la genèse et le mécanisme oniriques de sa psychose. Cette psychothérapie pathogénétique ayant eu plein succès, ne peut-on appliquer à ce cas l'aphorisme : *Naturam morborum, curationes ostendunt?* »

Cependant, à côté de l'élément onirique, il y eut, dans ce délire de rêve, un élément supplémentaire. Dans la seconde période, beaucoup plus que dans la première, la malade fit des associations d'idées par homonymies, par calembours. Ainsi, « des seins » la faisaient penser à un « dessin »; un « caillot » de sang à M. Caillaux; Mamers, dont ce dernier est député, à « sa mère ». Voilà pourquoi elle envoya au Dr B... une traite non signée une « traite blanche », pour lutter contre la traite des blanches. Les associations d'idées par homonymies n'appartiennent pas au rêve, puisque ce dernier est un acte subconscient, presque exclusivement visuel. Voilà pourquoi cet élément linguistique ne joua presque entièrement son rôle que dans la période systématisé de ce délire.

En résumé, selon Schlesinger, le délire onirique obéit aux lois du rêve telles qu'elles sont décrites par Freud, Weber (de Genève), etc. S'il est également un rêve en actions, il semble être cependant d'essence plus complexe. Dans le cas de Schlesinger, les homonymies jouèrent un rôle considérable, sans cependant altérer dans son essence onirique cet état délirant.

La Prophylaxie mentale.

(Comment on la réalise en Suisse).

Par MM. TOULOUSE et GENIL-PERRIN.

En Suisse, la défense sociale contre les maladies mentales est réalisée en dehors de l'asile et du placement familial, par les sociétés de patronage et les polycliniques psychiatriques.

I. *Sociétés de patronage des aliénés.* — Ces sociétés se sont tracé un programme qui déborde quelque peu le domaine que semble limiter leur titre.

Elles s'intéressent à l'aliéné avec les buts suivants :

a) prévenir son internement, pour favoriser un placement rapide;

b) pendant son internement, s'occupant surtout alors de la famille pour préparer le milieu au retour du malade;

c) après sa sortie de l'asile, pour prévenir les causes de rechutes.

Mais leur action sociale vise surtout à la réalisation de la prophylaxie.

La Société genevoise a inscrit dans son programme « l'étude des mesures préventives » et « l'éducation médico-pédagogique des enfants idiots ou arriérés ». Elle se propose « de répandre dans le public des idées faites sur la nature et les causes des maladies mentales, leur curabilité, *leur prévention possible*, leur traitement ».

La Société vandoise assume également la tâche « de répandre dans le public des idées exactes sur la nature des maladies mentales et sur ce qu'il faut faire au début chez les personnes atteintes de ces affections ».

Nous lisons encore dans les statuts de cette société :

« En outre, la Société combattrà les préjugés régnant contre les aliénés et les asiles, par la parole et par la plume, en particulier, elle fera appeler dans les cas urgents le médecin aliéniste, qui ordonnera à temps un traitement approprié. »

Rappelons que le regretté P. L. Ladame avait prononcé, au Congrès international des patronages (Anvers,

1911), un éloquent plaidoyer en faveur du patronage des aliénés, dont l'utilité même paraissait avoir été mise en doute. Il insiste tout spécialement sur le rôle prophylactique du patronage :

« Les sociétés suisses de secours aux aliénés, qui sont au premier chef des œuvres de patronage, ont démontré qu'elles peuvent agir efficacement d'une manière *préventive*, en luttant contre les préjugés populaires, en combattant l'alcoolisme et les autres causes sociales de maladies mentales en prenant l'initiative des réformes de la législation, ou bien en agissant avec succès, au moment opportun, dans certains cas particuliers que nécessitent une prompte intervention.

II. *Policliniques psychiatriques.* — Les aliénistes suisses ont compris que l'organisme le mieux adapté à la prévention des troubles mentaux étaient les consultations externes, les policliniques, capables d'attirer les petits psychopathes et les prédisposés perdus dans la masse de la population.

La policlinique psychiatrique qui paraît servir de modèle est celle de Zurich, fondée en 1913, sous l'impulsion de Bleuler. De l'étude du fonctionnement de cette policlinique, nous pouvons tirer un enseignement pour l'agencement futur des « dispensaires psychiatriques » dont nous avons demandé la création et qui répondront aux mêmes buts.

Par l'intermédiaire de notre collègue et ami Victor Demole, de Bel-Air, le Dr Maier a bien voulu nous communiquer d'intéressants documents sur le fonctionnement de cette policlinique, dont il est le directeur effectif.

Le service de la policlinique est assuré, sous le contrôle du directeur de Burghölzli, par les deux premiers assistants de cet établissement, avec le concours d'assistants bénévoles et d'étudiants.

Les locaux se composent d'une salle d'attente, d'une grande salle de consultation qui sert en même temps pour les cours et de deux petites salles d'examen.

Les malades sont envoyés par les médecins praticiens et par d'autres policliniques.

Le nombre de nouveaux malades consultants de 317 en 1913 s'est élevé à 592 en 1917, le nombre total des

malades, de 330 à 772, et le nombre total de consultations, de 2.200 à 3.200.

Dans le trente-sixième rapport du Congrès zurichois de patronage des aliénés, le Dr Maier insiste sur le rôle prophylactique de la polyclinique.

Son souci est d'atteindre les petits psychopathes qui vivent en liberté et échappent, à juste titre d'ailleurs, à l'assistance manicomiale ou au placement familial.

Le Dr Maier nous fournit des chiffres suggestifs. Il a suivi, dans les statistiques de recrutement du canton de Zurich de 1883 à 1911, la progression du nombre de sujets inutilisables dans l'armée en raison de tares nerveuses ou mentales.

De 1883 à 1911, ce chiffre s'est élevé de 1,67 à 1,87 p. 100.

Une autre enquête démontre l'aggravation du péril mental. Le recensement fédéral des enfants arriérés donnait en 1897 : 2,09 p. 100. En 1907, un recensement analogue dans le canton d'Appenzell donnait 4,3 p. 100.

Le Dr Maier reconnaît d'ailleurs qu'on ne peut comparer exactement les statistiques d'Appenzell, canton peu favorisé, aux statistiques fédérales. Mais il estime que l'on peut approximativement apprécier à 2,25 ou 2,50 p. 100 la proportion des anormaux psychiques.

Etant donné que, pour la population de Zurich (500.000 habitants environ) il n'y a que 2.500 psychopathes tributaires de l'assistance publique et privée et du placement familial, il reste 80.000 à 10.000 anormaux dans le canton.

(Entre parenthèses, si nous appliquons ces chiffres à la population française que nous n'avons aucun sujet de croire plus favorisée que la population suisse, cela nous aurait donné avant la guerre, pour 40 millions d'habitants en chiffres ronds un contingent de 100.000 anormaux psychiques en dehors des aliénés internés.)

Le Dr Maier en conclut à l'urgence d'une campagne prophylactique.

Or, la polyclinique seule permet la diffusion de l'action sociale de l'aliéniste, seul qualifié pour s'occuper des psychopathes.

Le développement des polycliniques assurerait d'ail-

leurs un élargissement d'horizon à l'enseignement psychiatrique, permettrait de montrer aux étudiants des malades moins spéciaux que les aliénés internés, et d'une rencontre plus courante dans la pratique ordinaire. Les aliénistes auraient enfin la satisfaction d'avoir à soigner des malades susceptibles de guérir. Et les études psychiatriques attireraient désormais des médecins peu soucieux de claustre entre les murs d'un asile leur jeunesse et leur activité.

M. Maier enrichit sa thèse par des exemples concrets qui montrent comment s'est exercé le rôle de prophylaxie sociale de la polyclinique.

Des personnes sont venues y chercher conseil pour des mariages, ou demander avis pour des déterminations importantes.

De nombreux aliénés scolaires y ont été conduits, chez qui on a pu combattre efficacement leur état pathologique jusque-là insoupçonné (épilepsie larvée, syphilis héréditaire).

Des élèves d'écoles supérieures ont été soignés pour la « neurasthénie des examens ». Un étudiant, tombé dans un état de dépression dû à l'angoisse de subir le même sort que sa sœur, devenue aliénée, a été remis, traité par la psychothérapie.

Un accident de chemin de fer a vraisemblablement été évité par la découverte d'une affection cérébrale organique chez un candidat cheminot.

Une Compagnie d'assurance avait refusé de reconnaître malade et de soigner un homme atteint de légère commotion cérébrale : l'intervention de la polyclinique l'a fait revenir sur sa décision.

Un jeune campagnard, présentant de légers phénomènes comitiaux est envoyé à la ville, sous prétexte que « la distraction lui ferait du bien ». Il emploie tout son patrimoine à s'établir à Zurich avec sa vieille mère. Il y est pris d'accidents sérieux qui en font un sans-travail et le précipitent dans la misère. Systématiquement bromuré et déchloruré, il voit ses accès cesser au bout de deux ans, et il put occuper à la satisfaction de tous les emplois de bureau.

Une femme, envoyée à une somnambule, vient d'abord voir à la polyclinique si on ne pourrait rien pour

elle : sa fille était enceinte d'un jeune homme qui ne voulait pas se décider à l'épouser. Pouvait-on contraindre celui-ci par « l'hypnose à distance » ? On fait comprendre à la mère entêtée que cela dépasse le pouvoir médical, mais on l'engage à amener sa fille qui voulait attenter à ses jours. En soignant la fille et en morigénant le séducteur, on provoque l'issue désirable, et quelques mois plus tard, la mère reconnaissante vient demander au médecin d'être le parrain du nourrisson.

Un jeune homme se voyait refuser la main d'une jeune fille, parce que, dans son village, le bruit courait qu'il était épileptique. On constate qu'il n'en est rien, on l'atteste par écrit, et, à Pâques, on reçoit l'annonce des fiançailles.

L'exemple de Zurich a été suivi en Suisse. et, depuis quelque temps, une polyclinique analogue fonctionne à Genève, à l'Institut Jean-Jacques Rousseau, sous la direction de Victor Demole.

DISCUSSION.

M. ARNAUD. — J'ai écouté avec grand intérêt cette communication et ne puis qu'en approuver les conclusions ; je voudrais seulement rappeler qu'il existe une autre société de patronage des aliénés que celle à laquelle a fait allusion M. Genil-Perrin. Fondée en 1843 par J.-P. Falret, cette société dont je préside le Comité d'administration n'a pas cessé de fonctionner, même pendant la guerre. Différente des sociétés suisses, elle n'a pas directement pour but la prévention de la folie, mais indirectement elle y parvient en recueillant les aliénés convalescents qui sortent des asiles de la Seine. Chaque année, elle recueille et place de 35 à 45 femmes sorties de l'Asile sans ressources et sans abri. Présentées par les religieuses qui s'en occupent, ces convalescentes sont acceptées par les particuliers qui savent qu'en cas d'incident, ils pourront les ramener au siège de l'Œuvre, 52, rue du Théâtre, à Grenelle. Cela se produit deux ou trois fois par an.

M. CHASLIN. — Je désire faire remarquer à M. Genil-Perrin que nous avons à la Salpêtrière une organisa-

tion de consultations externes qui fonctionne très bien. Trois médecins font chaque semaine cette polyclinique. Les malades sont suivis, on les fait revenir ensuite dans le service jusqu'à trois fois par semaine pour leur appliquer le traitement indiqué (piqûres, psychothérapie, etc.).

M. LEGRAIN. — Président de l'autre société de patronage des aliénés, je tiens à ajouter mon témoignage à celui de M. Arnaud. La société qu'il préside et que J.-P. Falret a fondée, rend les plus grands services; souvent je lui adresse moi-même des convalescents et il faut regretter qu'il n'en existe pas d'analogue dans tous les départements. Il ne faut pas confondre les consultations avec les patronages qui permettent de s'intéresser au sort des malades après leur guérison et qui étendent leur action sur le terrain social.

M. TOULOUSE. — La société que préside M. Arnaud, que nous utilisons tous, rend de très grands services et les malades en sont toujours très satisfaits. Mais ces deux sociétés sont insuffisantes pour les besoins. Il sort chaque année 2.000 aliénés des asiles de la Seine et il en existe un nombre considérable qui errent sans appui dans Paris.

Les consultations qui sont données à la Salpêtrière et auxquelles j'ai assisté autrefois sont insuffisantes. Les consultations de ce genre manquent d'assistants, de locaux, d'observations, de dossiers, d'appareils d'examen, etc. Leur nombre est trop restreint. Un corps d'infirmières-visiteuses serait nécessaire. J'ai le droit de dire que dans cet ordre d'idées nous n'avons rien fait. Il faut prendre modèle sur l'organisation américaine.

M. BRIAND. — A Sainte-Anne, Magnan et Bonche-reau avaient également organisé une consultation de maladies mentales qui, malheureusement, fut transformée ultérieurement en une consultation de médecine générale.

M. RENÉ CHARPENTIER. — Je voulais précisément faire observer à M. Genil-Perrin que la répugnance des malades à se rendre à la consultation des aliénistes n'est pas aussi absolue qu'il le dit. Il est remarquable,

en effet, de constater que non seulement les consultations des aliénistes sont très suivies à la Salpêtrière, mais même que des malades non atteints de troubles mentaux ne craignent pas de s'y présenter. On peut rappeler ici le succès qu'avait auprès des malades de tout ordre, il y a quelques années, la consultation de M. Eugène Charpentier, et rapprocher ce fait de la transformation progressive de la consultation de l'asile Sainte-Anne, établissement pourtant entièrement réservé aux aliénés, en une consultation de médecine générale.

M. CHASLIN. — L'installation de notre consultation à la Salpêtrière n'est assurément pas parfaite, je suis de cet avis avec M. Toulouse; cependant les malades ont leurs fiches, la consultation fonctionne normalement, et a fait beaucoup de progrès depuis le temps auquel M. Toulouse fait allusion.

M. ROUBINOVITCH. — J'ai écouté avec une vive attention l'exposé qui vient de nous être fait et dans lequel les auteurs ont totalement omis la loi de 1908 sur l'éducation et le traitement des enfants mentalement arriérés, loi qui n'est malheureusement pas appliquée de façon obligatoire. Nous sommes généralement bien armés de lois bien faites, mais que l'on n'applique pas : il en est de même des lois sur l'alcoolisme, sur l'ivresse. Ce qu'il faut, c'est éduquer l'opinion publique. La loi sur les enfants arriérés est admirable, mais rien n'est fait. Il faut montrer au public l'intérêt de cette prophylaxie, et surtout pour les enfants qui ne sont que légèrement touchés.

M. LEGRAIN. — Je désire appuyer ce que vient de dire M. Toulouse sur l'organisation américaine, et, en particulier, sur le fonctionnement de la clinique de Boston que j'ai récemment visitée. Je pourrai vous rendre compte de ce que j'ai vu dans la prochaine séance et vous exposer l'importance donnée au service social. Ainsi que le dit très bien M. Roubinovitch, tout est dans l'opinion des esprits. En Amérique, ceci est entré dans les mœurs.

M. ANDRÉ COLLIN. — Je voudrais ajouter un mot sur l'intérêt qu'il y a à voir les enfants chez eux, dans leur milieu. Au Palais, depuis quelques mois, nous avons

des visiteuses, qui, lorsqu'il s'agit de placer un enfant en correction paternelle, vont se rendre compte et rapportent des fiches très détaillées et très bien faites sur l'enfant et sur le milieu.

Les classes d'anormaux devraient être réservées aux anormaux perfectibles et ne pas être composées, comme actuellement, de déments précoces, d'imbéciles, etc., qui seraient mieux à leur place dans les services d'asile.

M. ARNAUD. — Je suis heureux de voir la Société s'intéresser à cette question et je demande qu'elle reste à l'ordre du jour. Il serait nécessaire d'y intéresser l'opinion publique qui, en France, ne s'intéresse pas du tout aux aliénés, et les pouvoirs publics encore moins. Quand ils s'y intéressent, ce n'est que pour penser aux « internements arbitraires » et à la protection de l'aliéné contre l'aliéniste. Notre société a soixante-dix-sept ans d'âge, mais elle a un vice rédhibitoire : depuis sa fondation elle a comme président l'archevêque de Paris et, depuis 1885, les subventions lui ont été supprimées. Elle fut mise en demeure de choisir entre les subventions officielles et les sœurs qui assurent le fonctionnement de l'Œuvre. Renoncer aux sœurs, c'eût été la disparition de l'Œuvre.

J'admire qu'en Suisse les mœurs et l'état d'esprit soient si différents.

Syndrome dépressif grave, séquelle d'encéphalite épidémique.

Par M. A. ROUQUIER (du Val-de-Grâce).

Les séquelles neurologiques et mentales de l'encéphalite épidémique sont actuellement à l'étude. Il semble que l'on puisse retrouver le virus identifié par MM. Harvier et Levaditi à l'origine de bien des troubles excito-moteurs ou parétiques de type myoclonique, choréiforme ou catatonique. On sait que ces troubles peuvent persister un laps de temps parfois considérable. Leur pathogénie n'est pas encore très claire. Ils ne paraissent point conditionnés par des lésions cicatricielles définitives des centres nerveux, puisqu'ils se

modifient et finissent par disparaître. Ils semblent plutôt provoqués par l'évolution torpide d'un foyer d'inflammation chronique ou subaiguë qui se résorbe lentement. La physiologie pathologique des séquelles de type psychopathique doit être probablement analogue. Encore insuffisamment étudiées, elles offrent cependant un très grand intérêt. Il n'est pas impossible que le virus encéphalitique soit un jour décelé à l'origine d'un certain nombre d'affections mentales à évolution lente.

Les psychopathies post-encéphalitiques surviennent chez des sujets qui ont été primitivement atteints d'une forme aiguë dans laquelle les troubles mentaux, à peu près constants, ont été peu accusés ou sont passés inaperçus. Elles sont aussi la transformation d'une forme qui s'est, d'emblée, accompagnée de manifestations psychiques. Fait à retenir : elles semblent, dans ce cas, être la conséquence de la localisation mésentéphalique classique, avec léthargie, stupeur ou dépression, plus que de la forme aiguë, confusionnelle, délirante avec agitation, onirisme et hallucinations que nous avons, avec M. Briand, les premiers, individualisée.

Il n'en a pas encore été relaté un très grand nombre de cas. La première observation bien étudiée a été présentée par M. Brenner à la Société de Psychiatrie (1), puis par MM. Briand et Borrel à la Société clinique de médecine mentale (2).

Le professeur Widal, MM. May et Chevalley (3), M. Logre (4) ont récemment rapporté l'observation de deux malades chez lesquels le tableau psychique de l'encéphalite léthargique a simulé celui de l'hébéphrénocatatonie au point de susciter de très sérieuses difficultés de diagnostic ou de pronostic. MM. Eschbach et Motet (5) ont observé une encéphalite dont le début fut marqué par un accès de confusion mentale hallucinatoire, et qui se poursuivit par la juxtaposition au délire de paralysies oculaires et d'hypersomnie. Les

(1) Séance du 17 juin 1920.

(2) Séance de juin 1920.

(3) *Société médicale des Hôpitaux*, 25 juin, p. 922.

(4) *Société de Psychiatrie*, 17 juin 1920.

(5) *Société médicale des Hôpitaux*, 23 juillet 1920, p. 529.

troubles psychiques se transformèrent, au déclin de la maladie et pendant sa convalescence, en dépression mélancolique. M. Cruchet, de Bordeaux, a observé, d'après M. Hesnard (1), des enfants qui conservent de leur encéphalite, après plusieurs mois, une inappétence intellectuelle considérable, de la paresse de la mémoire, des troubles permanents du caractère et de l'humeur.

Nous avons, avec M. Briand, relaté à la Société médicale des Hôpitaux l'observation d'un jeune homme atteint d'encéphalite grave, à forme myoclonique et choréo-athétosique, avec diabète insipide. Au bout de trois mois, le malade a dû être interné. Il a fini par offrir un tableau clinique complexe au point de vue mental : état confusionnel, agitation anxieuse, obsessions mélancoliques, tendance au négativisme, actes de violence, impulsions irraisonnées. La maladie évolue, à l'heure actuelle, depuis huit mois, et l'état du sujet demeure assez sérieux pour que l'internement soit encore nécessaire.

L'observation que nous relatons ci-dessous appartient à la même catégorie.

Il s'agit d'un soldat de vingt-trois ans, cultivateur, marié, père de famille dont les antécédents ne méritent point de retenir l'attention. Traité en décembre dernier à l'hôpital Villemin pour encéphalite stuporeuse à forme classique grave, avec somnolence, paralysies oculaires et faciales transitoires et fugaces, il en est sorti à la fin d'avril très asthénique et déprimé. Après un congé de convalescence de quatre mois, il est entré dans notre service du Val-de-Grâce parce que très fatigué.

Intellectuellement débile, mais assez vigoureusement constitué, ce malade se présente d'une façon assez particulière. Son facies est figé, soudé, inexpressif, déprimé. Le sujet n'a pas de mimique, répond avec indifférence et lenteur aux questions qu'on lui pose. Toutes ses réactions psychiques et motrices sont ralenties. Il comprend difficilement, s'exprime avec peine, d'une voix un peu saccadée. Il n'est pas confus et, si son intelligence est peu vive, il ne présente aucun signe d'affaiblissement

(1) *L'Encéphale*, 10 juillet 1920, p. 453.

intellectuel. Il sait très bien qu'il n'était pas, avant sa maladie, aussi raide et aussi lent. Il exhibe une mauvaise photographie qui permet de comparer son facies inexpressif à ce qu'il était autrefois. Tout effort le fatigue, et il reste la majeure partie de la journée, couché ou assis, immobile à côté de son lit. Fait à noter : si son facies est soudé, notre sujet n'a point la raideur de la nuque et l'attitude un peu voûtée des malades qui présentent, comme séquelles, la forme pseudo-parkinsonienne de la maladie. Mais il a, comme eux, des réactions motrices lentes. Très préoccupé de son état, un peu nosophobe, il accuse toute sorte de troubles subjectifs qui ne sont conditionnés par aucun signe décelable à l'examen.

L'examen somatique et neurologique sont d'ailleurs, chez lui, négatifs : le malade dort bien, s'alimente normalement. Il n'existe aucun signe d'insuffisance surrénale, et sa tension artérielle est normale. Son état s'est légèrement amélioré depuis son entrée, mais près d'un an après le début de la maladie qui a conditionné le syndrome dépressif, il n'en reste pas moins sérieusement atteint.

Ce malade présente, en somme, à la suite d'une encéphalite stuporeuse grave, un syndrome de type dépressif avec quelques éléments pseudo-parkinsoniens. On ne note, dans ceux qui ont été décrits comme séquelle de la maladie qui nous occupe, ni tremblement, ni troubles vaso-moteurs. On sait depuis la thèse de Tretiakoff, et les travaux de son maître, le professeur Pierre Marie, que la paralysie agitante est conditionnée par une lésion du *locus niger* de Sömmerring. Il semble bien que l'aspect figé de la face, la mimique inexpressive décrite chez notre malade, comme chez ceux qui ont présenté des séquelles de type pseudo-parkinsoniens, doivent relever d'une localisation nerveuse analogue. De la lenteur des mouvements volontaires, de la raideur, de l'attitude sondée à la catatonie, il n'y a qu'un pas. Ne semble-t-il pas que celle-ci doive être provoquée par une lésion des noyaux gris centraux ? Il est permis de le supposer, de même que les troubles mentaux doivent être provoqués par une localisation corticale quelconque.

DISCUSSION

M. CHARPENTIER. — En ce qui concerne les symptômes à proprement parler dépressifs, ils rappellent ces états sur lesquels Régis insistait dans les dernières années de sa vie, sous le nom de mélancolie post-confusionnelle. Tous les auteurs qui ont décrit ici les troubles mentaux de l'encéphalite épidémique ont insisté parmi eux sur le syndrome confusionnel. M. Briand l'a naguère comparé au délire aigu. Or, dans la première observation, M. Rouquier a décrit une phase confusionnelle précédant le stade dépressif, et dans la seconde observation, M. Rouquier nous dit que les renseignements manquent sur les troubles psychiques présentés par le malade pendant son séjour à l'hôpital Villemin lors de la phase aiguë de la maladie.

M. BRIAND. — Je demande que cette question reste à l'ordre du jour de la Société. Une partie importante, en effet, des symptômes présentés au cours de l'encéphalite épidémique sont des symptômes psychopathiques, et l'étude psychiatrique de cette maladie est aussi importante que son étude neurologique.

M. TRUELLE. — J'ai présenté ici une malade atteinte d'un syndrome parkinsonien à la suite d'encéphalite épidémique. La malade est toujours dans le même état : je l'ai montrée récemment à M. Netter dont on connaît la compétence en cette matière qu'il a si bien étudiée. Il est d'avis qu'il y a dans ces cas une persistance de l'activité du virus et que l'on a affaire, en quelque sorte, à une encéphalite qui devient chronique.

Les hallucinations lilliputiennes.

Par M. LEROY.

Je vous ai entretenu, il y a une dizaine d'années, d'une variété toute spéciale d'hallucinations visuelles micropsiques, non étudiées jusque-là, et que j'ai appelées lilliputiennes (1). Permettez-moi, aujourd'hui, de

(1) Raoul Leroy. Les hallucinations lilliputiennes. *Soc. méd.-psychol.*, juillet 1909.

revenir sur cette communication pour la compléter, tant par mes observations personnelles que par celles de mes collègues qui ont bien voulu s'intéresser à la question. La fréquence de ces troubles psycho-sensoriels, dont aucun classique ne parle, n'est pourtant pas exceptionnelle. Je peux même affirmer maintenant qu'ils sont loin d'être rares et que, si les aliénistes les ignorent presque, les médecins et les familles les ont observés plus souvent. C'est qu'en effet ces hallucinations si caractéristiques peuvent exister en dehors de toute maladie mentale, chez des personnes ne relevant pas des asiles d'aliénés.

Voici d'abord deux nouvelles observations :

OBS. I. — Une jeune femme alcoolique, au cours d'une violente crise d'agitation, s'échappe du domicile de ses parents pour aller trouver le curé, afin de se confesser, se disant damnée. Pendant cette fugue, elle se voit suivie par une foule de gnomes et de diabolins de 0^m20 de hauteur environ, qui gambadent, alignés sur les murs du presbytère et veulent même l'empêcher de tirer la sonnette.

Le lendemain, cette malade présente un état de confusion mentale hallucinatoire, se prétendant être au tribunal, en face d'avocats qui plaident son divorce, entendre des voix qui la plaignent. Puis elle demande du papier à musique pour écrire un opéra qu'elle perçoit très nettement, paraissant en extase. Tout à coup, elle dit à une amie : « Je sais bien que tu es seule dans ma chambre; eh bien! derrière toi, *sur la barre d'appui de la fenêtre, je vois s'aligner et gambader de tout petits chats et des petits bonshommes habillés de couleur comme les gnomes qui me poursuivaient hier. Ils font de l'acrobatie* » et, en même temps, la jeune femme paraissait très amusée. Quelques jours après, comme l'amie lui demandait si elle avait encore eu des visions semblables, elle répondit : « Oui, les petits gnomes sont revenus; ils s'asseyaient ou gambadaient sur les bords du buffet et même tout le long du divan. L'un d'eux, pourtant très petit, s'est assis sur le bout de mon pied, rendant tout mouvement impossible. »

OBS. II. — Un vieillard, atteint depuis plusieurs années de rhumatisme articulaire aigu, cardiaque et albuminurique, a eu de temps en temps, pendant deux hivers, les hallucinations lilliputiennes suivantes : *Il voyait de longues théories de petits personnages de 0^m15 à 0^m20 de hauteur environ, vêtus d'habits de fête, marchant sur deux rangs comme les processions. Ces petits personnages entraient par la fenêtre et s'avançaient sur*

le fronton d'une armoire, pour disparaître dans la frise du papier. Cela arrivait surtout le soir au crépuscule, dans la pénombre et également pendant la nuit. Les ébats de ces Lilliputiens l'amusaient et le faisaient rire, sauf pendant la nuit, où le malade jugeait ces processions déplacées. Dans la suite, les Lilliputiens se rapprochèrent de lui. Les petits bonshommes venaient sur la cheminée et derrière le poêle, par terre, au point qu'il les trouvait agaçants et les poursuivait avec sa canne. Ajoutons que, pendant les derniers mois de sa vie, le vieillard avait des idées de persécution, se montrait craintif, ayant toujours peur qu'on vienne le chercher, affirmant qu'il n'avait jamais fait de tort à personne. Le décès survint par suite d'urémie.

Dans ma première communication, je résumais ainsi les caractères des hallucinations lilliputiennes :

Hallucinations visuelles petites, portant généralement sur des personnages animés ;

Hallucinations multiples mobiles, fugaces, souvent colorées ;

Hallucinations ayant un caractère agréable.

Je puis en préciser aujourd'hui davantage les caractères et montrer que nous sommes en présence d'un syndrome bien net et méritant de ne pas passer inaperçu.

THÈME DE L'HALLUCINATION. — Il s'agit de petits personnages animés, hommes ou femmes, soit seuls, soit accompagnés de petits objets ou de petits animaux, généralement de chevaux. Ces personnages ne paraissent pas projetés à plat comme sur l'écran du cinéma ; ils donnent l'impression de la vie réelle. Ils marchent, défilent, conrent, avec la sensation de la perspective et du relief. Quelques-uns même se cachent derrière une photographie, une cuvette, etc. Le malade voit leur théorie défilér sur un mur, une cheminée, une table, le parquet. Ces petits personnages font des révérences, tirent la langue, semblent causer entre eux, agissant absolument comme des individus en action. C'est, en somme, la vision d'un monde lilliputien, d'où le nom d'*hallucinations lilliputiennes* qui semblent le mieux les caractériser.

Ces hallucinations existent en dehors de toute microscopie, tous les objets environnants étant vus avec leur grandeur naturelle.

Elles ne s'accompagnent pas d'hallucinations auditives.

HAUTEUR. — Ces personnages ont généralement une hauteur de 0^m20 environ ; quelquefois de 0^m15 ou 0^m25. Les chevaux qui peuvent les accompagner ont une grandeur proportionnée.

NOMBRE. — Le nombre en est variable. Un seul personnage dans le cas de Sanvet ; deux dans l'observation de Salomon (1). Ils sont *généralement nombreux*, quelquefois une centaine (2), et le malade compare même leur défilé à une procession dans l'observation II.

COLORATION. — Il est curieux de constater que les hallucinations lilliputiennes sont généralement colorées. Le sujet parle de petits bonshommes et de petites bonnes femmes, habillés de couleurs voyantes, de pantalons ou de jupons jaunes, rouges ou bleus, de petits chevaux bais (2), de femmes reconvertes de fichus rouges.

Rarement, les visions sont noires.

DURÉE. — La durée de l'hallucination est très variable : quelquefois fugace (3), elle dure parfois une demi-heure (Leroy et de Fursac).

D'autres fois, la vision micropsique a duré deux jours (Salomon et observation I) et s'est même reproduite, de temps en temps, pendant deux hivers (observation II).

ÉTAT AFFECTIF. — Dans notre travail donné à la Société de psychiatrie, nous avons insisté, M. de Fursac et moi, sur ce fait que ces visions particulières s'accompagnent, en général, d'un *état affectif agréable* ou tout au moins indifférent, alors que la plupart des hallucinations visuelles toxiques ont un caractère pénible. Notre malade, alcoolique chronique, avait précisément eu, avant l'apparition du syndrome lilliputien, des hallucinations toxiques banales. Ces dernières avaient provoqué un vif sentiment de crainte et de frayeur, tandis que les premières s'étaient accompagnées, au contraire, d'un sentiment de curiosité et d'amusement.

(1) Jean Salomon. Hallucinations lilliputiennes au cours d'un érysipèle de la face. *Soc. clin. de méd. ment.*, juillet 1920.

(2) Leroy et de Fursac. Les hallucinations lilliputiennes. *Soc. de psych.*, février 1920.

(3) Leroy. Un cas d'hallucinations lilliputiennes. *Soc. clin. méd. ment.*, avril 1910.

La chose n'est cependant pas absolue, et on voit des sujets, d'abord amusés par les Lilliputiens, manifester ensuite de l'ennui ou de la crainte.

ETAT MENTAL CONCOMITANT. — Les hallucinations lilliputiennes peuvent se rencontrer chez des aliénés et être alors précédées ou suivies d'autres troubles psychosensoriels. Ces cas s'observent, par exemple, dans l'alcoolisme, le chloralisme (de Clérambault), la confusion mentale, le délire hallucinatoire onirique, la démence sénile, la paralysie générale, etc. Souvent aussi, ces visions micropsiques se présentent seules, en dehors de tout trouble psychique et de toute tare pathologique. Elles peuvent même être tout à fait conscientes.

PATHOGÉNIE. — Ainsi que je l'ai montré dans ma première communication, cette variété d'hallucinations si spéciale a une origine toxique, comme, du reste, la généralité des hallucinations visuelles. Elle est fonction d'un empoisonnement de la cellule cérébrale, quelle que soit la nature du poison : alcool, éther, chloral, urémie, délire fébrile, etc. La récente observation, si intéressante et si bien analysée, de M. Salomon en est une nouvelle preuve.

En relatant autrefois devant vous l'histoire de saint Macaire, qui, au IV^e siècle, a présenté de telles visions, je disais : « Il n'est pas déraisonnable d'admettre que le moine de Leuret se livrait peut-être à des jeûnes prolongés. » En parcourant dernièrement la *Vie des Saints*, j'ai vu que ce solitaire était un des saints ayant pratiqué le plus de mortifications, « sans user de pain ni d'eau, ne prenant seulement que quelques feuilles de chou toutes crues aux saints jours du dimanche, afin qu'il parût qu'il mangeait et qu'on ne l'accusât point d'arrogance » (1). Dans ces conditions, l'auto-intoxication n'a rien de surprenant.

Je m'excuse de vous parler pour la seconde fois des hallucinations lilliputiennes, mais il me semble que nous sommes ici en présence d'un syndrome bien défini, relativement assez fréquent, ayant un caractère nettement particulier toujours le même, à pathogénie intéressante. Ce syndrome n'a pas d'histoire. Sa constata-

(1) *La Vie des Saints*. A Paris, chez Charles Robustel, 1697.

tion peut éclairer l'origine de certains troubles mentaux et sa physionomie propre paraîtra assez curieuse pour retenir à nouveau votre attention sur ce point.

DISCUSSION

M. MIGNARD. — Serait-il possible de rapprocher du syndrome décrit par M. Leroy les faits observés par un de nos confrères sur lui-même, au cours d'une marche de nuit pendant la guerre? Il luttait contre le sommeil, non sans peine, et, de temps en temps, voyait s'avancer en face de lui, sur la route, une troupe de petits gnomes, vêtus de costumes bizarres et vivement colorés, hants de 30 centimètres environ. L'hallucination n'entraînait pas de conviction fausse et le sujet se rendait compte de son caractère de phénomène hypnagogique, qu'un effort de réveil faisait, du reste, cesser. Des hallucinations lilliputiennes, survenant au début et à la fin du sommeil, ne semblent pas rares dans l'enfance. Certaines œuvres littéraires en conservent le souvenir.

M. LEROY. — L'observation que nous rapporte M. Mignard est bien un nouveau cas d'hallucinations lilliputiennes. Nous y retrouvons la grandeur (j'ai dit 0^m15 à 0^m25, mais ce n'est naturellement pas une hauteur mathématique), la mobilité des personnages défilant en troupe, la coloration si curieuse.

Ces visions étaient ici conscientes, comme dans le cas de M. Salomon et dans un autre cas, tiré de Taine, relaté dans ma première communication. J'ai, du reste, noté ces faits.

Il s'agit bien, en effet, d'*hallucinations lilliputiennes hypnagogiques*, et les rapports étroits existant entre les états hypnagogiques et les phénomènes oniriques ne font que confirmer la pathogénie donnée par moi à ce syndrome.

J'ai vu également des cas semblables se produire, sur le front, chez des soldats surmenés.

La séance est levée à 6 heures.

Les Secrétaires des séances,

P. JUQUELIER et RENÉ CHARPENTIER.

SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1920

Présidence de M. PACTET, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance d'octobre.

Le secrétaire général donne lecture des pièces de la correspondance, qui comprend des lettres de candidature aux deux places déclarées vacantes de membres titulaires de MM. Ducosté, Genil-Perrin, Meuriot et Simon, membres correspondants.

La Commission d'examen des titres des candidats, proposée par le bureau, se compose de MM. Arnaud, Briand, R. Charpentier, Dupain et Mallet; ces propositions sont ratifiées par l'Assemblée.

L'Académie de médecine convie aux fêtes de son centenaire (20-24 décembre 1920) ceux des membres de la Société médico-psychologique qui désireront y assister.

L'hygiène mentale en Amérique.

M. LEGRAIN. — Messieurs, à la demande de la Société, la question de l'hygiène mentale et de la prophylaxie de la folie a été maintenue à l'ordre du jour à la suite de l'importante communication de notre collègue M. Toulouse. La Société a désiré savoir ce que j'avais pu observer d'intéressant sur cette matière dans un voyage récent que j'ai accompli aux Etats-Unis. Ce voyage devait me permettre d'aller aux sources mêmes de la prohibition alcoolique dont on a tant parlé chez nous; mais à cette occasion M. le ministre de l'Hygiène publique avait bien voulu me charger d'une enquête sur l'hygiène mentale.

Je vous ferai part de mes impressions; mais dès l'abord je me déclare confus de n'être pas à la hauteur des admirables créations qu'il m'a été donné de voir en Amérique. Il eût fallu en effet de longs mois de séjour là-bas pour tirer tout le profit possible de ces institutions.

J'ai pu cependant recueillir de nombreux documents

que j'ai assimilés avec d'autant plus d'aisance que le problème était loin d'être neuf pour moi, ainsi que j'aurai l'occasion de vous le rappeler dans un instant.

L'œuvre sociale de prophylaxie et de cure dont nous balbutions à peine le nom chez nous ne remonte pas bien loin, en Amérique, mais elle y a progressé avec une rapidité fantastique, si bien que les résultats déjà enregistrés donneraient à penser que déjà l'œuvre a une longue histoire. C'est seulement en 1908 qu'elle apparaît. Elle n'a que douze ans de vie, au nombre desquels il faut compter les années tourmentées de la guerre.

Ne craignons point de dire que l'œuvre américaine a été et continue à être l'œuvre d'un ancien malade guéri depuis dix-huit ans environ, doué d'une belle intelligence, d'un grand cœur, surtout d'un sens pratique et d'une énergie persévérante. En souvenir de ses souffrances personnelles et de celles dont il fut le témoin, il s'est voué à un fort bel apostolat qui n'est point terminé. Nos confrères américains n'ont pas craint de lui décerner un titre que nous apprécierons mieux que personne, celui de Pinel américain.

La pensée dirigeante de M. B. est en effet renouvelée de celle de Pinel. Notre grand ancêtre libéra l'aliéné en l'appelant à la dignité d'homme. M. B. a rêvé davantage : la fermeture ou tout au moins la raréfaction des asiles ou garderies d'aliénés, pour restituer à la société celui qui ne serait pas encore complètement un homme s'il lui manquait, sans motif grave, la liberté.

On peut dire que c'est de cette pensée maîtresse que dérive toute l'orientation de l'œuvre dont je tenterai d'esquisser les grandes lignes.

Mais je rappellerai tout d'abord que M. B. eut l'heureuse fortune, ce qui est tout à l'honneur des psychiatres d'outre-mer, de rencontrer la faveur des aliénistes auxquels il s'ouvrit de ses projets. Avec une abnégation rare, des maîtres comme Duggan, James, Meyer, White, et combien d'autres, secondèrent M. B. dans ses premiers efforts de vulgarisation, le patronèrent et l'aiderent même de leurs deniers. Depuis lors, la faveur scientifique a été croissante et avec elle la sympathie

du grand public et des généreux donateurs qui fourmillent aux Etats-Unis.

Très rapidement, je rappellerai la parution du livre célèbre de M. B. en 1907 : *A mind that found itself* (une intelligence qui se retrouve). Tout de suite commence une campagne d'organisation administrative et financière. Successivement aux noms des savants se joignent ceux de donateurs comme M^{lle} Henderson, MM. Rockefeller, Phipps, etc. 1909 voit naître la clinique psychiatrique de John Hopkins Hospital, à Baltimore, dirigée supérieurement par le professeur Meyer. On voit naître aussi le *Comité d'hygiène mentale* avec sa très heureuse dénomination. En 1912, on note déjà une très grande activité. Le Dr Salmon, qui est le manager scientifique de l'œuvre, entre en scène et ne marchandera plus sa peine. 1915 a déjà vu la création de 16 sociétés d'Etat, filiales du Comité central siégeant à New-York (50, Union Square). 13 de ces filiales sont l'œuvre personnelle de M. B.

Aujourd'hui on compte plus de 200 œuvres, groupements ou sociétés dans les divers Etats remplissant tout ou partie du programme de l'hygiène mentale dont il me reste à parler.

Si l'on veut faire du grand public le complice même de l'œuvre de l'hygiène mentale, il faut l'instruire : c'est la première tâche à accomplir. Si le sort de l'aliéné est resté partout aussi pitoyable, c'est à l'indifférence du grand public, farci de préjugés, qu'il faut l'attribuer. Il faut former les connaissances et la conscience du peuple pour l'engager à se sauver lui-même en aidant ceux qui lui portent secours à accomplir leur haute mission.

Disons que l'œuvre nouvelle allait tomber dans un terrain favorable déjà. Car l'Amérique avait depuis longtemps une conception très élargie de l'assistance des aliénés. Il me suffira de dire notamment que déjà 26 Etats sur 48, c'est-à-dire plus de la moitié, avaient légiféré très libéralement sur la condition de l'aliéné et avaient instauré le service des *libérations sur parole*. C'est d'autant plus remarquable que nous en sommes encore en France à quémander à nos risques et périls quelques jours de congé pour nos malades convalescents.

Considérons tout d'abord l'œuvre de base de l'hygiène mentale. Elle comporte divers départements qui s'imbriquent.

Le *premier compartiment* comporte ce que j'ai baptisé d'une façon, je le crois, très exacte, du nom de *service tentaculaire*.

Pour agir en connaissance de cause, il faut éclairer le terrain de l'action, par suite, ouvrir une enquête, dont la réalisation sera une œuvre de patience et de temps. Il faut connaître la situation exacte des aliénés dans les Etats et dans les asiles. On conçoit combien cette enquête est longue et difficile dans une confédération comme les Etats-Unis. Ce premier postulat serait plus vite réalisable dans une nation plus limitée.

Cela ne suffit pas ; il n'y a pas des infirmes de l'esprit que dans les asiles. La société en est pleine et, en fonction de cette déficience, la société court des risques énormes dont il faut mesurer l'étendue. Toute une œuvre de mission scientifique et sociale, centrifuge en quelque sorte, va donc rayonner autour de la Commission centrale et explorer les divers milieux sociaux dans les divers Etats, districts, communes, villages, agglomérations, en vue du dépistage des arriérés, des faibles d'esprit, des inadaptés et des inadaptables, des amoureux, des futurs criminels probables, des épileptiques, des alcooliques.

On conçoit combien cette enquête (*Survey*) est délicate, difficile, et combien elle nécessite de tact et d'ingéniosité. Je dois dire que c'est merveille de voir avec quelle habileté nos confrères missionnaires ont su jeter des coups de sonde de tous côtés et constituer d'admirables monographies donnant en quelque sorte la moyenne morale et intellectuelle d'une grande ville, d'une région. Je dois dire que toutes les institutions, publiques et privées, tous les hommes ayant une fonction dans l'Etat ou la commune se sont empressés d'ouvrir leurs dossiers et de renseigner les enquêteurs. Il y a eu une véritable émulation impliquant un sens très élevé du bien public. Maires, inspecteurs, instituteurs, magistrats de tous ordres, ont été de vrais collaborateurs d'une vaste enquête qui se poursuit.

A ce département tentaculaire fait pendant celui de

la *vulgarisation sociale* destinée à intéresser le grand public à la cause des aliénés et de tous les *feeble-minded* quelle qu'en soit la nature. Ici encore, grande ingéniosité : publications, tracts, brochures, conférences, expositions publiques, édition d'un périodique pour le monde scientifique (*Mental Hygiene*).

L'œuvre de base a un troisième compartiment d'où sortent de multiples consultations à l'adresse de toutes les personnalités et de tous les groupes intéressés à la connaissance du cerveau touché et de ses réactions (agences de secours, usiniers, magistrats, patrons d'industries diverses). On consulte également sur les moyens d'organiser des œuvres de secours pour les psychopathes. On se livre volontiers à l'étude de plans d'asiles, de colonies, pour lesquels on fournit d'innombrables renseignements techniques et l'œuvre est ainsi un centre d'informations tellement universel que diverses œuvres d'assistance de l'étranger, de la Chine, du Japon par exemple, ont profité à s'adresser à lui.

Un autre compartiment suscite des initiatives en diverses voies : créations d'écoles pour arriérés, réformatoires, asiles pour épileptiques, etc. On suscite encore des réformes législatives en certains points du territoire où les lois sur les aliénés restent très arriérées.

Mais j'ai hâte d'en venir à l'essaimage de l'œuvre, c'est-à-dire à son action périphérique et généralisée par une décentralisation complète sous la forme de *clinique psychothérapique*.

Ladite clinique est en petit et localisée ce que l'œuvre d'hygiène mentale est pour la totalité du territoire. Elle peut être isolée, autonome, ou être rattachée à une société locale. Dans le premier cas, elle est un compartiment d'un hôpital déjà existant ou d'un hospice qui s'est transformé pour s'adapter à des besoins nouveaux.

Le terme de clinique doit s'entendre dans le double sens de clinique interne et de clinique externe. Ce serait un peu la jonction dans un même organisme de ce que serait un service d'hôpital avec un service de policlinique, les deux compartiments opérant d'une façon tout à fait synergique et corrélatrice, l'activité de l'un étant nécessaire à l'autre.

En moyenne une centaine de lits — pas plus — sont offerts à tous venants du moment qu'ils offrent quelque trouble psychopathique, léger ou grave, passager ou durable. La clinique fera le diagnostic et orientera le malade suivant les nécessités, après l'avoir observé. Les malades viennent de tous les horizons : envoyés par les médecins de la ville, par les industriels, par les administrateurs, les magistrats, les prisons. Ils forment une matière d'enseignement énorme et incessamment renouvelée. De cette clinique partent un certain nombre de malades vers les asiles d'aliénés, mais on se flatte d'avoir évité l'internement à un grand nombre de psychopathes.

Cette clinique interne est dotée de services complets de recherches et d'investigations scientifiques, de laboratoires dirigés par des techniciens éprouvés, de services spécialisés pour les diverses affections organiques, (yeux, oreilles, dents, etc.). Tous ces services sont reliés entre eux et le travail médical est très habilement synthétisé, de telle sorte qu'en un temps très court, le superintendant est en possession des documents les plus positifs permettant une appréciation vraiment utile pour le malade comme pour les agences qui ont sollicité des éclaircissements.

Il va de soi que cette clinique est largement ouverte à quiconque veut s'instruire ; que chaque jour des conférences ont lieu entre les divers médecins de la clinique ; que périodiquement des démonstrations sont offertes aux praticiens et aux élèves.

Mais que serait ce service interne sans ce que j'appellerais volontiers le service de *clinique volante* ou de *rabattage*.

La mission est captivante pour les médecins, élèves et auxiliaires qu'on lance en ville à la piste des futurs clients de la clinique. Ce n'est pas tout de traiter et de diriger ceux qui viennent ; il faut aller au-devant des ignorants et des insouciants qu'il faut aller chercher. Œuvre d'apostolat réalisée avec amour sous des formes que je n'ai pas le temps de décrire.

La clinique a ses clients du dehors, les *out-patients*, ceux qu'on va voir à domicile, traiter et diriger, malades trop occupés pour venir à la clinique, ou malades récal-

citrants, aliénés libérés sur parole et qu'il faut surveiller, etc.

Le service des consultations est aussi bien doté que le service intérieur. Il n'a rien de commun avec nos consultations « faites sur le ponce » et qu'on expédie à la douzaine. Tout est fait avec soin et minutie; le laboratoire joue son rôle; les tests de Binet-Simon sont dans toutes les mains et le malade a l'impression reconnaissante qu'on veut faire quelque chose pour lui.

Ce n'est pas tout encore. La clinique a son œuvre de vulgarisation par les conférences, les cours techniques des écoles de nurses, la formation du personnel voué à l'œuvre sociale, et c'est ainsi que petit à petit l'Idée pénètre dans les masses.

Disons un mot du *Service social*, mot créé en vérité par l'Amérique, institution dont nous avons vu les effets pendant la guerre et que nous sommes en train de nous approprier. C'est là toute la clé du mystère de l'œuvre d'hygiène mentale. Le service social est le service tentaculaire de la clinique psychiatrique. Il crée des nurses hommes et femmes, agents de vulgarisation et d'action thérapeutique, émissaires de l'œuvre; ils apprennent leur mission avec beaucoup de soin et l'accomplissement de leur tâche devient pour eux une source de profits légitimes et honorables. On ne craint pas là-bas de vivre d'une œuvre sociale. On admet que le dévouement peut et doit nourrir son homme. La pénétration lente du public par les agents de vulgarisation amènera la formation de ce que, ailleurs, j'ai cru pouvoir appeler la *société-asile*, autrement dit la société elle-même, ayant pris conscience de ses responsabilités, devenant elle-même secourable à ses victimes, déversoir tout naturel des asiles trop pleins, des garderies lamentables, le jour où le psychopathe, au lieu de rencontrer un ennemi dans le milieu social, y trouvera un ami et un soutien, à charge de revanche. Très belle épreuve de solidarité pour une nation d'esprit démocratique.

Qu'est, en somme, cette clinique psychothérapique? Elle est un service pour les aigus à traiter d'urgence; elle est un centre bon conseiller, un foyer éducateur; elle est aussi un filtre entre la communauté et l'asile

comme entre la communauté et la prison. Dans le premier cas, elle arrête au passage des malades qui iront ailleurs finir leurs jours dans une maison de fous. Mais dans le second cas, elle est une innovation fort heureuse, réalisée dans sa forme parfaite à la prison de Sin-Sin, à New-York. Là, l'autorité judiciaire n'a pas craint d'installer une magnifique clinique mentale où tous les prisonniers, sans exception, sont examinés et scrutés à fond. L'intérêt scientifique est incontestable, mais l'intérêt social est bien plus grand. Car, de même que l'hygiène mentale a rêvé le retour à la société de l'aliéné dans le plus bref délai possible, de même elle a considéré comme possible et réalisable le retour du prisonnier dans la société à la faveur d'une réadaptation dont les éléments premiers sortiront de la clinique mentale.

En effet, la clinique de Sin Sin répartit suivant leur mentalité tous les prisonniers de l'Etat dans cinq prisons différentes où les pensionnaires subissent dorénavant un entraînement logique au bout duquel sera la libération conditionnelle, facilitée au dehors par un service social et de surveillance d'une nature particulière.

On comprend maintenant comment la libération sur parole de l'aliéné (*paroled patients*) est rendue possible dès lors que la société elle-même n'est plus qu'un prolongement de l'asile.

Je n'ai pas le temps de m'étendre davantage et de dire comment l'œuvre d'hygiène mentale a été possible si vite en Amérique et pourquoi sa réalisation ne sera peut-être pas aussi heureuse chez nous, mais je considère que j'ai le devoir, en terminant, de rappeler qu'en France même l'œuvre n'est pas sans avoir eu des antécédents.

En 1903 j'ai eu la faveur d'introduire auprès du Conseil supérieur de l'Assistance publique un projet de réforme de *la convalescence des aliénés*. Ce projet a fait l'objet d'une discussion approfondie par le Conseil, qui fut suivie de conclusions contenant en substance tout ce qui devait constituer, en 1908, la grande réforme américaine.

Permettez-moi de citer quelques lignes du long rapport que j'écrivis en ce temps-là :

« Traiter la convalescence de la folie revient en somme à prévoir et à éviter les accès futurs. Mais il est facile de concevoir encore un immense avantage de cette œuvre prophylactique, *c'est de solidariser petit à petit le milieu social avec le sort de l'aliéné*. Nous faisons de l'éducation sociale au premier chef en obligeant la famille et la société à comprendre des devoirs qui leur sont restés étrangers jusqu'ici. Entre la société et l'aliéné s'est creusé un vaste fossé protectionniste que la philanthropie n'a pas réussi à combler. Il faut qu'on sache que le droit à la protection contre la plus intéressante des infortunes implique des obligations autres qu'une contribution pécuniaire... Le but vers lequel il faut tendre est de faire du milieu social un *milieu annexe de l'asile*, un foyer de parachèvement de la guérison, de protection contre des accidents futurs, etc. »

Et plus loin : « Il y a trois échelons de secours pour l'aliéné : le premier, pour les cas d'urgence, est l'asile ; le second, pour les cas de moyenne urgence, c'est le quartier de convalescence ; le troisième, pour les cas sans urgence ou à urgence éventuelle, c'est le *milieu social* et les *œuvres*. Traitement de l'aliéné, traitement de la convalescence, prévention de la folie, telles sont les trois étapes centrifuges de l'asile.

« Lorsque l'organisation générale de l'assistance de l'aliéné aura connu les trois échelons inverses, centripètes de l'asile, dont le dernier existe seul, l'asile, dont le premier n'est qu'à l'état d'ébauche, à savoir le milieu social avec son rôle prophylactique et dont l'intermédiaire, le quartier d'observation ou hôpital d'aigus, est tout à créer, on pourra dire que le cycle est complet et que l'on aura fait pour l'aliéné tout ce que la raison, la charité et la science réunies peuvent faire. »

Nous pouvons être reconnaissants à notre collègue Toulouse d'avoir, en suscitant la création d'une Commission d'hygiène mentale, tenté de donner une vie effective à des idées qui demeurent sans intérêt tant qu'elles restent dans le domaine du rêve. Nous aurons beaucoup à emprunter aux Etats-Unis si nous voulons, quelque jour, doubler les étapes.

Dans l'attente, je serais heureux si, s'inspirant des

nécessités pressantes qui surgissent chaque jour dans le domaine de la psychiatrie pratique, notre société, quitte le domaine de la spéculation pure où elle s'est illustrée depuis quatre-vingts ans, songeait à créer une sorte de Commission permanente des œuvres pratiques parmi lesquelles l'hygiène mentale ne tarderait pas à occuper une place prépondérante.

DISCUSSION

M. TOULOUSE. — Je remercie M. Legrain d'avoir apporté à mes paroles la confirmation de ce qu'il a vu aux Etats-Unis. Je rappelle que la Société médicale des asiles de la Seine a obtenu en France la création du Comité d'hygiène mentale ; il y a là un encouragement. Les hésitants, s'il en reste encore, seront peut-être convaincus qu'en cette matière nous avons beaucoup à apprendre des Américains.

Je crois que le vœu exprimé par le D^r Legrain d'attirer sur ces questions l'attention du grand public sera bientôt réalisé.

M. DUPRÉ. — Etant donnée cette organisation sociale avec publicité presque indéfinie des observations médicales, je demande à M. Legrain de vouloir bien nous renseigner sur les dispositions de la loi américaine concernant le secret médical.

D'autre part, M. Legrain a-t-il déjà des renseignements sur l'action de la diète alcoolique aux Etats-Unis, sur la criminalité, sur la prophylaxie des pervers instincts ?

M. LEGRAIN. — 1^o M. Dupré a demandé ce qu'il advenait du secret professionnel et comment son respect pouvait être compatible avec la réalisation des œuvres d'hygiène mentale.

Le médecin américain respecte le principe du secret tout comme le médecin français ; mais il faut dire qu'au regard de ce secret, le grand public semble infiniment moins chatouilleux que chez nous. En fait, ce grand public, de plus en plus instruit sur l'utilité qu'il y a à guérir ou à prévenir une foule d'accidents, conséquence de troubles mentaux, semble avoir moins souci de révélations qui nous choqueraient encore. Du reste, l'œuvre

de rabattage est confiée à des agents, non médecins, qui opèrent avec une parfaite discrétion, et quand le médecin est en présence de son malade, il ne rencontre plus de difficulté à observer les réserves auxquelles sa profession l'astreint.

Répondant à M. Dupré questionnant au sujet du régime protectionniste aux Etats-Unis et demandant s'il a été possible d'observer déjà des conséquences heureuses de ce régime, M. Legrain dit que les bienfaits de la réforme n'ont pas tardé à se faire sentir et que tous les médecins d'asile qu'il a consultés ont été unanimes à reconnaître que les cas d'alcoolisme ont à peu près disparu. Cela concorde, du reste, avec une amélioration de toutes les conditions de vie sociale, autrefois compromises par les boissons alcooliques et qui s'est fait sentir dans le domaine de la criminalité, du vagabondage, de la misère, du travail, des salaires et de l'épargne. Ici les statistiques surabondent, probantes au delà de toutes les prévisions.

2° M. Dupré a demandé ce que l'on faisait des anormaux.

Quand on les a sélectionnés par les méthodes qui ont été indiquées, on provoque leur placement dans l'école spéciale d'entraînement dont la création fait partie du programme de l'hygiène mentale. Un grand nombre de ces écoles ont été déjà réalisées.

De la valeur du facteur hérédité pour l'appréciation de la responsabilité des individus ayant commis des attentats aux mœurs.

Par le D^r FRANTZ ADAM, médecin de l'asile
de Ronffach.

Il m'a paru intéressant de soumettre à votre discussion les faits suivants, car je dois le reconnaître, la comparaison que j'établis à la suite de l'observation que vous allez entendre, entre les tendances aux attentats sexuels et les tendances au suicide chez les individus ayant parmi leurs ascendants plusieurs sujets ayant commis des attentats aux mœurs ou s'étant suicidés, peut paraître hasardée.

J'ai été commis il y a quelques mois par un des juges d'instruction de Mulhouse pour examiner le nommé X..., âgé de vingt-huit ans, inculpé de tentative de viol. Trois petites filles de cinq à huit ans s'étant approchées de lui pendant qu'il nettoyait sa bicyclette, il se mit à les caresser, passa la main dans la vulve à deux d'entre elles, puis leur ayant proposé de jouer à cache-cache, il garda successivement auprès de lui les deux plus grandes pendant que les autres se cachaient. Sans que ces enfants ne se rendent compte très exactement de ce qui se passait, X... les toucha à nouveau, puis se masturba dans les jupes et peut-être entre les cuisses de l'une d'elles. Aucune en tout cas n'est déflorée; l'une parle d'un « doigt » qu'elle vit sortir du pantalon de l'inculpé, elle s'est sentie mouillée. Tels sont les faits, en eux-mêmes peu intéressants; je dois cependant faire remarquer, et ceci serait un argument contre la thèse que je considère comme pouvant être soutenue, que ces attentats, s'ils ne paraissent pas avoir été prémédités, n'ont pas cependant les caractères des actes purement impulsifs, qu'ils ont nécessité pour se dérouler un certain temps et que l'auteur a su s'arranger de façon à éloigner celles des petites filles qui auraient été des témoins gênants.

Tout l'intérêt de cette observation réside dans l'étude des antécédents héréditaires et personnels de l'inculpé qui ne présente, par ailleurs, aucun trouble mental ni aucun affaiblissement intellectuel, mais chez qui on relève quelques stigmates de dégénérescence physique.

Rien ne permet de s'arrêter au diagnostic de paralysie générale. X... n'est pas alcoolique; il aurait présenté plusieurs fois des pertes de connaissance, mais le médecin qui les a constatées n'a pas porté le diagnostic d'épilepsie, et je n'ai moi-même décélé aucun stigmatte de cette affection.

La mère de X... est venue de Suisse il y a une trentaine d'années et s'est mariée en Alsace; elle fuyait son pays et sa famille à la suite des événements suivants : Marie est la fille d'un individu qui la viola quand elle avait douze ans et qui viola une autre de ses filles, Sophie. Sophie fut en outre violée par son grand-père *maternel* et par un *oncle par alliance*. Elle a donc été violée trois fois à douze, quatorze et seize ans par son père, son grand-père et son oncle, tous individus qui n'étaient

pas parents entre eux ; l'on reste vraiment stupéfait de voir des individus de ce genre se réunir ainsi dans la même famille, et l'on se demande s'il n'existait pas alors dans cette région une espèce de confrérie de pervers ; mais ces faits se passaient dans un village suisse il y a une cinquantaine d'années et des recherches n'eussent probablement pas donné de résultats. Le grand-père en question fut en outre soupçonné d'avoir tué sa femme.

Un oncle de l'inculpé a commis un attentat aux mœurs mais n'a pas été poursuivi ; une de ses tantes est encore internée en Suisse pour idiotie. J'ai résumé dans un tableau annexé l'hérédité qui pèse sur X...

La mère de l'inculpé, ainsi tarée et en outre victime de la lubricité de son père, a trouvé moyen d'épouser, en Alsace, un individu lui-même anormal sexuel et en plus alcoolique, qui maltraitait et maltraite encore sa femme et la faisait jadis attendre sur le palier avec les enfants, alors qu'il s'enfermait dans l'appartement avec une ou plusieurs maîtresses. Plus tard ce père initia sa fille aux choses sexuelles en coïtant devant elle avec une romanichelle. Il est enfin atteint d'une perversion bizarre qui consiste à guetter les femmes qui vont uriner et à aller ensuite tremper ses doigts dans l'urine pour les sucer. J'aurais à peine ajouté foi au récit de cette perversité qui m'était, je l'avoue, inconnue, si en faisant des recherches au cours de cette expertise, je n'avais pas trouvé dans les *Annales médico-psychologiques* (janvier 1901), un cas analogue rapporté par Soukhanoff et ayant trait à un individu qui s'installait sous les cabinets de façon à pouvoir recueillir et boire l'urine des femmes à leur insu au moment même de l'émission !

Les antécédents sexuels personnels de X..., pour moins extraordinaires, restent intéressants. A l'âge de treize ans, il fut masturbé, puis initié au coït, sans doute plus ou moins complètement pratiqué, par une bonne de vingt ans avec laquelle il prétend avoir eu alors des rapports complets plusieurs fois par semaine. Ramené à Mulhouse à l'âge de quatorze ans, il initia à son tour, dans la cité ouvrière où il habitait, trois petites filles de son âge avec lesquelles il coïtait plusieurs fois par semaine. Il attribue à ces excès une maladie mal définie (anémie, faiblesse...) qu'il eut à cet âge. Depuis, il eut des rapports réguliers et normaux, et il accuse une répulsion qui paraît sincère quand je m'enquiers des perversions qu'il aurait pu présenter. Est-ce la conséquence de sa précocité, X... est aujourd'hui plutôt frigide ; marié, il a obtenu le divorce pour inconduite de sa femme qui vécut de prostitution pendant la guerre ; il vit aujourd'hui avec une « fiancée » dont il eut l'année dernière deux jumeaux ; X... n'a avec cette femme, qui

JACOB

qui viola sa petite-fille, avait eu deux filles.

JEANNE

épouse **HENRI**

qui viola deux de ses filles. Ils eurent quatre enfants.

THÉRÈSE

épouse **JOSEPH**

qui viola une de ses nièces.

CHARLES

LUCIE
internée, Idiote.

SOPHIE

Violée par son grand-père, son père, son oncle.

MARIE

Violée par son père.

Épouse

PAUL

Alcoolique. Pervers sexuel.

XAVIER

Inculpé de viol.

Les individus dont le nom est en capitales grasses ont commis des attentats aux mœurs.

Jacob, Henri, Joseph et Paul ne sont pas parents entre eux.

Joseph n'est parent que par alliance de l'inculpé.

s'en plaint et lui en tient rigueur, que des rapports espacés, les fatigues et en particulier les courses à bicyclette lui enlevant le moyen de s'acquitter de ses devoirs conjugaux. Or, il est à noter que c'est justement au retour d'une course à bicyclette que X... a commis les attentats qui ont amené son arrestation.

Je dois dire que X..., qui a subi plusieurs condamnations, a été poursuivi une fois pour un attentat aux mœurs, mais dans des conditions assez obscures et que les débats n'ont pas éclaircies. Il fut inculpé en 1913 pour avoir soulevé les jupes d'une fille de plus de seize ans, et lui avoir, contre son gré, passé la main entre les jambes. Il s'agissait d'une fille se prêtant ordinairement à ces... familiarités, la faute était donc vénielle; l'affaire fut abandonnée mais reprise en 1916, époque où X... venait d'être condamné pour « *Deutschfeindlichkeit* », car, ainsi que se plut à le faire remarquer le procureur général, X... qui n'a pas beaucoup de qualités eut du moins celle de détester les Boches et de le dire même sous l'uniforme allemand; ce ne seraient cependant pas, au dire de l'accusation, ces sentiments hostiles à l'autorité allemande qui auraient fait poursuivre ce délit abandonné depuis plus de deux ans, mais des questions de procédure.

Une autre donnée plus intéressante, et sur laquelle j'insiste, est la suivante : l'inculpé ignorait totalement que ses ascendants du côté maternel aient commis de pareils attentats; on comprend aisément que la mère les lui ait cachés, et c'est par ma déposition aux assises qu'ils lui ont été révélés.

Tels sont les éléments que j'avais à ma disposition pour me prononcer sur le degré de responsabilité de l'inculpé.

Je déclarais dans mon rapport : « J'estime que l'on ne peut pas ne pas être impressionné par l'hérédité bilatérale et à la fois physique et morale pesant sur X..., j'estime que cette hérédité, bien que X... ne soit pas aliéné, est de nature à atténuer sa responsabilité *et même à la supprimer*, si on admet l'existence d'une impulsion comparable à l'impulsion au suicide. J'admets cette thèse qui, je le reconnais, peut être discutée, les cas de ce genre étant peu connus et ayant besoin d'être étudiés... »

Pour ce qui est de l'atténuation de la responsabilité, je crois que nul ne contestera que, dans un cas pareil, il doit être répondu affirmativement à cette question du juge : « L'examen psychiatrique et biologique révèle-t-il des tares permettant de considérer la responsabilité comme atténuée ? » Pour étayer mon affirmation, je citais le passage suivant de Ball (*Folie érotique*, 2^e édition, page 146). « Souvent, chez ces individus, on trouve

des signes non équivoques d'une maladie mentale. Leur arbre généalogique renferme les preuves d'une hérédité pathologique. Leurs accès d'érotisme reviennent périodiquement. Enfin certains d'entre eux sont atteints de mal comitial. C'est ce que Tarnowski appelle la pédérastie épileptique. C'est surtout aux sujets de cette espèce qu'on peut appliquer l'épithète de congénitaux. Ils ont apporté en naissant une prédisposition cérébrale qui devait, plus tard, les rendre tributaires d'un vice qui n'était chez eux que la manifestation d'une maladie.

« Ce sont encore, dans une certaine mesure, des aliénés plutôt que des coupables. »

Apert (*L'Hérédité morbide*, Paris, 1919) dit également : « Lorsqu'il y a hérédité double, les coefficients de corrélation s'élèvent encore. Ces recherches confirment cette idée, dont la vérification peut se faire journellement, que les tendances mauvaises sont congénitales et fonction de l'hérédité. Les circonstances du milieu n'agissent que sur la façon dont elles se manifestent. L'éducation apprend seulement à réfréner, à masquer les mauvais instincts, à n'y obéir que dans les limites où ils sont le moins susceptibles de nuire à qui les possède. L'instruction n'est pas une garantie contre eux, et parfois même ne sert qu'à donner à ces sujets plus de facilités pour satisfaire avec le moindre risque leurs dispositions vicieuses. Le crime doit être considéré au point de vue de l'hérédité comme relevant des mêmes mesures prophylactiques que l'aliénation mentale.

« Cela ne veut pas dire qu'il faille négliger la répression ; au contraire, la crainte de la répression est le moyen d'aider le sujet à résister à ses tendances criminelles. »

Féré (*L'instinct sexuel*, page 298) a aussi écrit : « Il n'est pas douteux que les anomalies de la fonction sexuelle peuvent être familiales et héréditaires ; et quelquefois on peut saisir la progression de l'anomalie dans deux générations successives. Il y a donc intérêt à éloigner du mariage tous les individus qui présentent de ces anomalies à un degré quelconque. »

D'autre part, j'avais été frappé chez X... par certaines circonstances du crime. Voici un individu qui depuis quelques temps a peu de besoins sexuels, qui a

le moyen de les satisfaire normalement chez lui tous les jours, qui a été au point de vue sexuel un précoce, mais non un anormal, qu'est-ce qui peut le pousser à un acte pareil? X... n'est pas un fétichiste, il a eu des maîtresses de tout âge; nous avons vu, du reste, que la femme qui l'initia avait vingt ans; les fillettes, avec lesquelles il eut des rapports ensuite, étaient de son âge, et je crois pouvoir en conclure qu'il y a là moins prétexte à fétichisme que si X... avait eu comme adulte ses premiers rapports avec des fillettes. L'acte de l'inculpé ne peut-il pas être considéré plutôt comme une impulsion comparable à l'impulsion au suicide qui existe chez certains individus dont plusieurs ascendants se sont suicidés, qui l'ignorent et qui souvent finissent comme eux, employant quelquefois le même moyen de se détruire? Cette supposition est-elle vraisemblable ou doit-elle être considérée comme inadmissible? C'est la question que j'ai l'honneur de vous soumettre.

J'ajouterai encore à titre de renseignement que X... a été condamné à deux ans de prison, le jury ayant accordé les circonstances atténuantes. L'avocat général avait très courtoisement mais très énergiquement combattu mes conclusions et impressionné le jury en affirmant que l'inculpé, précoce en amours, en était simplement, quoique à peine âgé de trente ans, à la période où ceux qui ont épuisé tous les autres plaisirs en la matière recherchent les petites filles. C'était adroit et ce n'était pas dépourvu de sens psychologique, voire même psychiatrique.

DISCUSSION

M. DUPRÉ rappelle la définition du fétichisme et montre que dans ce cas le diagnostic du fétichisme ne se pose pas : il y a anomalie sexuelle, mais pas fétichisme.

M. ARNAUD. — Le point spécial sur lequel M. Adam a voulu insister est le parallèle entre cette hérédité sexuelle et l'hérédité suicide : cela n'a rien de contraire à l'observation.

M. DE CLÉRAMBAULT. L'évaluation de la force volontaire du sujet en présence de son impulsion est le

plus fréquemment possible, si l'on veut bien analyser.

La notion de force incoercible nous est fournie soit par la physionomie du délit (jointe à la constitution du sujet), soit par le fait des récidives, bien entendu des récidives dans les conditions anormales.

Le caractère pathologique de l'impulsion ne doit pas être supposé *a priori*, et encore moins l'intensité incoercible. Le cas est le même pour les perversis sexuels que pour les voleuses de grands magasins.

Pour ces dernières il est de règle que les premiers vols soient suivis d'une certaine sanction. Le souvenir de la sanction s'ajoute aux moyens de résistance personnels du sujet, il s'y ajoute au moins pour un temps plus ou moins long. Au cas de récidives manifestement pathologiques, alors seulement on procède à l'internement. Si l'on agissait autrement, comme le sujet ne serait pas conservé longtemps dans les asiles, l'expert n'aurait fait que lui donner un brevet d'impunité, autrement dit l'encongrer aux récidives.

Le fait seul d'une perversion sexuelle ne doit pas faire présumer d'emblée une impulsion incoercible. Qualité et intensité sont deux données indépendantes. Homosexualité, fétichisme, sadisme même ne donnent aucunement droit au meurtre, ni au viol, ni au vol.

La notion d'intensité doit résulter d'autre chose que de la perversion qualitative. J'ai eu à rechercher cette notion récemment dans deux cas. Dans l'un, un individu, fétichiste depuis l'enfance, volait des pantalons de petites filles; il était de plus alcoolique; je ne l'ai interné qu'en raison de l'intensité de son penchant, prouvée depuis longtemps par l'absurdité de ses récidives en série. Dans le second cas, un sadique et masochiste, avec coprolagnie, était accusé de tentative de viol; ces deux perversions réunies n'auraient pas suffi à me le faire déclarer irresponsable, si je n'avais eu la preuve d'états physiologiques exceptionnels, liés chez lui aux approches de l'organisme et accompagnés d'une excitation subdélirante.

M. ADAM demande, dans ces conditions, si l'on peut considérer la responsabilité comme totalement abolie.

M. ARNAUD. — C'est une question d'espèce à envi-

sager pour chaque cas particulier. Et cela se rattache à la grosse question de l'assistance, non encore réalisée chez nous, des anormaux délinquants qu'on ne peut pas relâcher dans la société.

M. COLIN. — Dans l'appréciation de la responsabilité de ces pervers sexuels, il est un élément qu'il ne faut jamais oublier, c'est l'alcoolisme. Les actes sont très souvent commis sous l'influence de l'ivresse, et parfois de l'ivresse volontaire dans le but de l'accomplissement de l'acte. C'est extrêmement fréquent.

M. ROUBINOVITCH. — Je suis très frappé de ce que vient de dire M. Colin. J'ai remarqué, en effet, que beaucoup des attentats pour lesquels je suis commis comme expert ont lieu entre 11 heures et midi; après l'absorption de porto ou d'apéritifs divers. Il y a des heures spéciales, de même qu'il y a des lieux dans lesquels ces attentats sont fréquemment commis. L'excitation alcoolique joue le rôle d'agent provocateur, mais il s'agit d'individus tarés, à hérédité chargée, souvent à hérédité alcoolique.

M. JUQUELIER rappelle l'observation d'un masochiste qui se chargeait de chaînes et allait ensuite chez une prostituée se faire crucifier. Il avait besoin pour cela de l'excitation absinthique, et c'est cet absinthisme qui fut l'occasion de son arrestation. L'individu qui, volontairement, se met dans cet état, mérite plus d'être mis en prison que placé à l'asile.

Epileptique traitée par le luminal. Mort rapide.

Tumeur cérébrale latente.

Par MM. QUERCY et J. SIZARET.

Nous ne venons pas critiquer le nouveau médicament de l'épilepsie, il a réduit le nombre des crises de nos malades de cent à moins de trois, et nous aurons peut-être l'occasion de revenir sur ces résultats.

Une de nos malades, ayant absorbé 0,40 de luminal en deux jours, est tombée dans un état de torpeur croissante et a succombé deux jours plus tard, après vingt-quatre heures de coma. Nous aurons à relever qu'elle

portait une tumeur cérébrale insoupçonnée, mais nous devons avouer que l'action du luminal a coïncidé avec une accélération singulière des troubles terminaux.

Il s'agissait d'une de ces épileptiques de tout repos, comme on en voit tant dans les asiles, qui ont peu de crises, qui travaillent régulièrement et qu'on croirait normales si, de temps en temps, une crise ou un équivalent comitial ne venait rappeler leur mal. Celle-ci avait soixante-sept ans et ses premières crises étaient survenues à cinquante-deux ans, lors de la ménopause et peu après la mort d'un fils, noyé sous ses yeux. Elle avait une ou deux crises par mois, crises typiques, d'une durée de quelques minutes, suivies parfois d'une courte phase d'agitation avec violences légères; les vertiges étaient presque quotidiens, mais ne l'empêchaient pas d'aider au ménage et à la couture. Son activité intellectuelle était celle d'une femme inculte et confinée dans un asile, sans lettres et sans visites; elle était bien orientée et parlait raisonnablement de ce qui se passait autour d'elle. Elle ne se plaignait jamais de rien et n'avait jamais présenté de troubles moteurs, sensitifs ou sensoriels susceptibles d'attirer l'attention et de faire penser à un autre syndrome que son épilepsie.

Deux mois avant sa mort, les vertiges et les crises devinrent plus fréquents; d'autre part, les phases interparoxystiques n'étaient plus assez longues pour lui permettre de revenir à la normale; elle ne travaillait plus, passait presque toutes ses journées au lit et manifestait une torpeur intellectuelle fort nette. Elle se laissait d'ailleurs examiner et interroger sans maussaderie, ne souffrait pas et ne présentait aucun symptôme neurologique grossier. Nous l'avons observée tous les jours, mais un examen systématique détaillé n'ayant pas été jugé nécessaire, nous pouvons bien nier la céphalée, une surdité marquée, une amblyopie forte, des crises jacksoniennes, de la parésie de tel ou tel groupe musculaire, mais nous ne pouvons affirmer qu'un examen neurologique un peu plus poussé n'aurait pas révélé un peu d'hypoacousie, une légère diminution de l'acuité visuelle, un début de stase papillaire.

D'autres épileptiques du service traversant parfois des phases de dépression physique et psychique analogue et n'en supportant pas moins bien le luminal, elle y fut soumise et on a vu ce qui s'ensuivit: torpeur progressive, coma et mort deux jours après avoir pris 0,40 de luminal à 0,20 par jour. L'avant-veille de la mort, on note quatre petites crises.

A l'autopsie: cœur petit et très gras, sans lésions valvulaires appréciables; poumons, foie, reins et surrénales normaux. Le cerveau portait une tumeur de la base. Elle comblait le con-

fluent antérieur; du volume d'un petit œuf de poule, mais très étalée, elle masquait complètement le chiasma, débordait légèrement en arrière la tige de l'hypophyse, s'étalait sur la partie postérieure des deux lobes orbitaires et comblait la scissure sylvienne à son origine. De coloration blanchâtre, elle était extrêmement molle et friable et dut être étudiée sur frottis. Les organes voisins paraissaient intacts : le chiasma, complètement englobé, ne présentait aucune lésion macroscopique, pas plus dans sa région nasale que dans sa région temporale; de même, les nerfs olfactifs, les circonvolutions orbitaires, le pôle temporal, l'infundibulum, l'hypophyse; seul, le ventricule latéral gauche était nettement dilaté. Nous crûmes un instant que le néoplasme avait poussé un prolongement dans le lobe frontal gauche, immédiatement en avant du noyau lenticulaire; il avait seulement occupé un sillon particulièrement profond et, là comme ailleurs, l'écorce et la pie-mère paraissaient normales; cette dernière n'était pas épaissie et la tumeur n'y adhérerait que faiblement par un chevelu conjonctif très fin, très ras et très pauvre.

L'examen histologique, très sommaire, nous a permis de noter trois faits :

Une énorme quantité de graisse libre, très soluble dans l'éther.

Des éléments néoplasiques consistant en de grosses cellules polyédriques, tassées les unes contre les autres, très basophiles, homogènes ou très vaguement granuleuses, absolument privées de noyau ou de toute inclusion accessible aux méthodes usuelles.

Absence totale de tissu conjonctif et de vaisseaux. Toute la tumeur, du centre à la surface, présentait ces caractères.

Il s'agissait donc d'une épilepsie tardive, mais « essentielle », sans autre syndrome capable d'attirer l'attention; sans céphalée, sans troubles visuels subjectifs, sans vomissements, sans crises jacksoniennes, etc. Nous ne pouvons affirmer l'absence de symptômes qu'aucun indice ne nous a invité à chercher : hémianopsie, anosmie, stase papillaire commençante, hypertension du liquide céphalo-rachidien, etc. La malade décline depuis quelques semaines; ses crises sont fréquentes et elle présente une dépression physique et psychique suffisante pour la faire rester au lit, indifférente et presque muette. Elle reçoit 0,40 de luminal en deux jours et on constate aussitôt : passage de la dépression à la torpeur puis au coma, crises plus fréquentes et mort quarante-huit heures après la dernière prise de luminal.

L'autopsie révèle une tumeur cérébrale insoupçonnée. Voici ce qui nous a intéressé dans ce cas :

Le fait que la tumeur n'a pas été soupçonnée, la question de savoir si le luminal partage la responsabilité de la mort.

Les tumeurs cérébrales, trouvailles d'autopsie, ne sont pas extrêmement rares, même quand le syndrome d'hypertension ou les divers syndromes de localisation ont été cherchés. Nous croyons, conformément à l'opinion commune, qu'il faut toujours essayer de concilier ces faits avec les exigences de la physiologie cérébrale classique.

En l'espèce, les conditions du silence clinique ont été l'origine méningée, la localisation dans le confluent antérieur, l'étalement de la tumeur et son extrême mollesse. Elle a pu grossir, s'insinuer dans les sillons corticaux, englober le chiasma, tapisser l'infundibulum sans jamais effondrer la pie-mère, user l'écorce, irriter les centres gris du plancher du III^e ventricule, léser sensiblement les nerfs optiques ou les bandelettes. Notre cas nous semble ne devoir contrister en rien le neurologue le plus localisateur.

La malade est-elle morte de sa tumeur ou de notre luminal ? Avant le luminal, elle cédait déjà à la torpeur qui signale si souvent la fin de tels sujets. Mais, après deux jours de luminal, la torpeur, le coma et la mort se sont succédé avec une rapidité surprenante, et il est impossible de ne pas relever la coïncidence. Nous nous bornons à ce mot, car un dernier fait nous empêche d'être plus nets : la profonde dégénérescence graisseuse de la tumeur. Elle est l'indice de graves troubles métaboliques, d'une intoxication que traduisait la dépression des dernières semaines, et on a le droit de croire à une brusque et mortelle rupture d'équilibre à laquelle le luminal serait étranger. Nous ne pouvons dès lors qu'énumérer les données du problème : épilepsie essentielle tardive, torpeur progressive, absorption de luminal suivie très rapidement du coma et de la mort, tumeur cérébrale insoupçonnée en pleine dégénérescence graisseuse.

Nous observons depuis trois semaines un autre épileptique qui, après trois jours de luminal à 0,20 par jour,

a présenté, en même temps qu'une torpeur marquée, un syndrome cérébelleux sans céphalée ni troubles visuels concomitants. Si l'analogie entre ces deux observations se précise et si elles s'éclairent l'une par l'autre, nous aurons à le signaler.

DISCUSSION

M. MARCHAND. — Les cas de tumeur cérébrale ne se traduisant que par des crises épileptiques sont assez fréquents. Dans l'observation de MM. Sizaret et Quercy, il s'agit surtout de préciser quel a été le rôle du luminal dans la terminaison fatale. A ce propos, je rappellerai l'histoire d'un malade suivi dans le service de mon maître M. Pactet; il s'agissait d'un épileptique d'une quarantaine d'années, atteint d'épilepsie depuis quelques années seulement, et considéré comme atteint d'épilepsie essentielle, car on ne relevait chez lui aucun symptôme moteur ou sensitif particulier. Après une série de crises, ce sujet est tombé dans le coma et a succombé. A l'autopsie nous avons trouvé une tumeur du cervelet (1). Or ce malade suivait un traitement bromuré, et je ne crois pas qu'on puisse attribuer la mort au traitement. De même, je ne pense pas que dans le cas qui vient de nous être communiqué, on doive admettre que la mort a été causée par le luminal donné à la dose de 40 centigrammes. La mort rapide est commune chez les sujets atteints de tumeur encéphalique.

M. Roubinovitch attribue l'effet nul du traitement par le luminal chez un de ses malades à ce que celui-ci présentait une déchéance intellectuelle profonde; c'est là une interprétation que je ne discuterai pas. Par contre, j'ai expérimenté ce médicament chez deux épileptiques à crises nombreuses ne présentant pas de troubles intellectuels en dehors de leurs crises. Pour bien préciser l'action du nouveau médicament, j'ai soumis ces mêmes malades, successivement et pendant plusieurs mois, au bromure, à la dialacétine, au tartrate borico-potassique; les crises ont été un peu moins nombreuses avec la dialacétine. Les résultats les plus

(1) Congrès de Limoges, 1901.

favorables ont été obtenus avec le bromure et le luminal qui m'ont paru aussi actifs l'un que l'autre. Je n'ai pas obtenu la suspension des crises, mais une diminution de leur nombre. Ces malades avaient une moyenne de trente crises par mois et leur nombre est descendu à sept.

Etude psycho-pathologique d'un cas de simulation.

Par M. CHAVIGNY, médecin principal de 1^{re} classe,
Professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

An point de vue des sanctions qu'elle comporte, la simulation n'est réellement intéressante que si elle est volontaire, constituée de toutes pièces dans un but de tromperie, d'exploitation indue d'un bénéfice quelconque.

Malgré que de multiples observations publiées de-ci, de-là, fourmillent pour ainsi dire en cas de simulation volontaire, entièrement malhonnête, il me semble au contraire, à mesure que j'analyse de plus près les cas qui me sont soumis, que la simulation est, beaucoup plus qu'on ne le croit généralement, déterminée par des facteurs pathologiques.

Pour se rendre un compte exact de la nature, de la valeur réelle d'un cas de simulation, il ne suffit pas de démontrer qu'il y a simulation; il faut rechercher comment celle-ci s'est créée, quelle en a été la genèse détaillée, et on ne peut, on ne doit jamais se dispenser de prendre l'observation complète du sujet qu'on examine.

Un cas récent m'a paru être une confirmation bien démonstrative de cette donnée.

Le soldat M... est incorporé avec sa classe au mois de mars 1920. Il est aussitôt envoyé à l'hôpital en vue d'une réforme sous le diagnostic de paralysie faciale gauche.

M... raconte qu'il est atteint de paralysie faciale depuis quatre années, à la suite d'un refroidissement. Il s'est fait soigner par divers médecins dont il me fournit les attestations, et ces certificats relatent tous l'existence d'une paralysie faciale gauche pour laquelle M... a été soigné pendant un temps aussi

prolongé. Le dernier traitement subi a été un traitement par des courants continus, et c'est depuis ce moment que M... présente la déformation constatée actuellement.

Lorsqu'on examine M... on constate que celui-ci présente une déviation de la face, mais que celle-ci consiste non en une paralysie du côté gauche, mais dans une contracture siégeant dans le domaine du facial inférieur gauche. La commissure labiale est violemment rétractée vers la gauche, entraînant avec elle de ce côté toute la partie inférieure du visage, la pointe du nez et le menton.

Le facial supérieur gauche est absolument indemne.

Tous les mouvements des muscles de la face, du côté droit, sont possibles, mais n'arrivent pas à contre-balancer la contracture qui tire la bouche vers la gauche.

Il était donc bien certain que le cas n'était nullement une paralysie faciale gauche, mais une contracture du facial inférieur gauche. Une paralysie périphérique limitée au facial inférieur était peu admissible; mais on pouvait penser qu'une thérapeutique un peu trop vigoureuse ou prolongée par les courants électriques avait pu produire cet état de contracture dans le domaine du facial inférieur là où, au dire du malade, elle avait été plus particulièrement appliquée. En admettant un état de contracture dû à cette cause, celle-ci devait être considérée comme définitive, et il en résultait une inaptitude certaine au service en raison de la gêne qui devait en résulter pour la mastication et pour la phonation, en même temps qu'en raison du degré de déformation vraiment ridicule du visage attirant le rire et la moquerie.

Les choses en étaient là, lorsqu'un dossier de dénonciation fut communiqué à la commission de réforme. Ce dossier comportait les dépositions absolument concordantes d'une série d'habitants du village d'où provenait ce jeune soldat. Les habitants déclaraient que M... simulait l'affection dont il était porteur, que cette déformation du visage n'apparaissait que dans les périodes où il devait être pris par le service militaire, que si, l'année précédente, il avait pu, grâce à ce stratagème, être ajourné pour une année, il n'avait plus présenté aucune déformation dès que cette décision avait été prise en sa faveur.

Ce dossier de dénonciation me fut communiqué alors que M... était encore dans mon service et il n'avait pas connaissance de l'accusation portée contre lui. Il fallait donc vérifier si les dénonciations étaient fondées. La preuve était aisée à faire. Durant tout le cours de la journée l'état de contracture était invariable, mais s'il était volontaire il devait disparaître pendant la nuit. Je me rendis donc près de mon malade pendant les

heures de son premier sommeil et je l'examinai à la lumière d'une lampe électrique de poche, sans d'ailleurs le réveiller.

L'épreuve était formellement concluante : toute trace de contracture avait complètement disparu.

On pouvait se contenter des résultats de cette expérience, tenir la simulation pour évidente et proposer M... pour une sanction disciplinaire, pour l'envoi aux compagnies de discipline par exemple.

Cependant un léger doute subsistait dans mon esprit. J'avais essayé de reproduire volontairement sur moi-même et de maintenir la déformation que présentait M... Je dois avouer que je n'y réussis pas. Je pris alors l'observation complète du sujet :

Le père du soldat M... avait été atteint en 1914 de troubles cérébraux qui avaient motivé une demande d'internement. Il allait être placé à l'asile lorsque la nuit précédente il se pendit. Depuis plusieurs années déjà il présentait des troubles cérébraux intermittents qui duraient quinze ou vingt jours. Le grand-père paternel aurait eu des accidents mentaux de même ordre. La mère de M... est très nerveuse, extrêmement irritable. Un frère atteint de tumeur blanche du genou est très nerveux. Un autre frère mobilisé pendant la guerre a été réformé pour crises nerveuses.

Au cours de l'année 1907, alors qu'il était âgé de sept ans et demi, M... fut mordu au visage par un chien enragé, précisément au niveau de la joue gauche. Il fut envoyé alors en traitement à l'Institut Pasteur à Paris et, dans les archives de cet établissement, j'ai pu, grâce à l'obligeance de M. le docteur Louis Martin, retrouver les pièces concernant son inscription. Il est bien réel qu'il a été au mois de mars 1907 traité à l'Institut Pasteur pour morsure par un chien considéré comme enragé et le dossier porte mention d'une cicatrice de morsure à la joue gauche. M... subit la série complète des inoculations antirabiques.

Tout en cherchant à ne pas éveiller d'une façon spéciale l'attention de mon malade, et en évitant soigneusement de lui dicter même le sens approximatif de ses réponses, j'interrogeai M... sur le souvenir qu'il avait conservé de cette morsure à la joue. Malgré le temps fort long écoulé depuis cet accident, M... avait conservé une impression encore extrêmement vive des circonstances dans lesquelles il avait été mordu, des craintes manifestées par l'entourage, du voyage qu'on lui avait fait faire de Besançon à Paris pour le soigner, de l'appareil impressionnant du traitement lui-même. En somme c'était le gros accident émotif de son existence.

Tenant compte de ces données, je considérai le cas

comme étant une simulation à substratum pathologique et je me contentai de renvoyer M... à son corps avec une note détaillée destinée à le suivre dans ses différentes affectations ultérieures.

Mais surtout je me réservais de reprendre ultérieurement cette observation pour en connaître la suite. Six mois plus tard, je m'informai de ce qu'était devenu M..., et après de laborieuses recherches poursuivies en vain à l'armée du Rhin par laquelle il avait passé, je finis par le découvrir dans une garnison de Haute-Alsace et j'appris qu'à une époque relativement récente M... avait fait successivement trois grandes crises convulsives. Celles-ci sont assurément de nature hystérique, très vraisemblablement comme le sont aussi les crises convulsives observées chez plusieurs membres de sa famille. Prévenu par la note jointe au dossier du soldat M... le médecin qui a eu à s'occuper de ces crises ne s'en était pas ému, et M... avait été simplement maintenu au service.

Ces crises signent, d'une façon qui me paraît aussi intéressante que formelle, toute l'histoire de ce malade. Qu'on le catalogue hystérique ou pithiatique, la chose importe peu ; ce qui est essentiel, c'est de reconnaître qu'il y a un enchaînement pathologique rigoureux qui s'est poursuivi, avec l'appoint d'une hérédité indéniable, au travers d'un choc émotif de haute intensité, s'est continué par une simulation cohérente avec le reste de cet enchaînement pathologique, et s'est enfin traduit par des crises convulsives dont la nature ne peut échapper.

Vers la fin du séjour de M... dans mon service j'avais institué une thérapeutique basée sur le diagnostic causal : séance de haute fréquence. Dès la deuxième application, pourtant bien anodine, M..., effrayé par l'appareillage employé, demande sa sortie disant qu'il allait beaucoup mieux.

Depuis qu'il avait quitté l'hôpital de Strasbourg, M... a cessé de présenter de la déviation de la face.

DISCUSSION

M. DUPRÉ. — L'identité fréquente de la simulation et de l'hystérie ne peut être jugée que par un critère

d'ordre moral : la sincérité et la volonté du sujet. On peut dire, semble-t-il, qu'ils s'agit, dans ce cas, d'hystérie dont les manifestations se renouvellent utilitairement dans certaines circonstances et ne semblent guère mériter l'indulgence. Les hystériques vrais sont des simulateurs inconscients. L'hystérie est un état de simulation, de mythoplastie, de psychoplastie.

Les événements de guerre peuvent-ils être la cause d'états mélancoliques?

Par M. POTET, médecin-major de 1^{re} classe
(Hôpital militaire de Mulhouse).

Suivant les classiques, les états mélancoliques sont dus, comme beaucoup de troubles mentaux :

1° A des causes prédisposantes (hérédité, âge, sexe, constitution, race, etc.) ;

2° A des causes déterminantes (maladies infectieuses, auto-intoxications, surmenage, chocs moraux variés (chagrins, préoccupations, déceptions, etc.).

La tendance est aujourd'hui à accorder aux causes morales plus d'importance qu'autrefois. Parmi elles quel rôle jouent les événements de guerre dans l'éclosion des états mélancoliques?

A cette question, de nombreux auteurs ont répondu. Suivant les uns, qui ont observé surtout au début de la guerre récente, il est rare que les commotions, les émotions, blessures ou maladies du champ de bataille aient engendré des états mélancoliques; suivant d'autres, dont la documentation clinique porte sur un long espace de temps ou sur des faits survenus en 1917 et 1918, ce mode étiologique de la mélancolie serait plus fréquent qu'on ne l'avait d'abord cru.

A. J. Rosanoff, dans son étude sur l'étiologie des divers troubles mentaux, ne mentionne pas les événements de guerre parmi ceux susceptibles de faire éclore les états mélancoliques. Ducosté, sur 109 expertises psychiatriques aux armées, n'a pas vu un seul de ces troubles mentaux. Les états mélancoliques ne sont pas cités par Benon et Luneau parmi les psychoses de

guerre. Mallet et Mennier ne parlent que de « certains états dépressifs observés sur la ligne de feu ». Mallet a surtout observé, chez le combattant, des états confusionnels et anxieux; « il ne s'agit pas là, ajoute-t-il, d'accidents mélancoliques ou psychasthéniques ». Dans une étude sur un lot de militaires évacués du front pour troubles consécutifs à l'éclatement d'obus à proximité, Goret ne signale que des réactions revendicatrices, anxieuses, neurasthéniques.

D'après les observations de la *guerre russo-japonaise*, Vialatte note que les troubles mentaux des armées en campagne sont surtout d'ordre confusionnel ou dépressif; Cygielstreich observe la prédominance des états dépressifs et leur complexité : « Il s'agit presque toujours, dit-il, d'un syndrome de dépression avec stupeur, confusion, vertiges, amnésie, réalisant l'*amentia depressivo-stuporosa*; au bout de quelque temps les phénomènes morbides s'orientent vers la démence paranoïde, la démence précoce ou la mélancolie ». Chaïkewitch, Serge Soukhanoff, Wladyczko ont vu fréquemment des états dépressifs et des états mélancoliques parmi les psychoses de la guerre russo-japonaise.

D'après les observations de Daneo au cours de la *guerre de Libye*, les états mélancoliques sont rares chez les combattants; mais les émotions de la guerre ont une influence manifeste sur l'évolution de certains états psychopathiques, en particulier sur les types dépressifs, sur les effets convulsivants de l'alcool, sur les convulsions épileptiques? Gorteri, pendant la même guerre, a observé assez fréquemment des syndromes mélancoliques.

Au cours de la grande guerre, de nombreux travaux ont paru sur les troubles mentaux post-commotionnels et post-émotionnels. Nous n'avons retenu que ceux où il est question des états mélancoliques, et nous n'envisagerons ceux-ci que du point de vue étiologique.

Rognes de Fursac insiste sur « la part du facteur émotionnel, considérable, souvent essentiel, dans la genèse des troubles psychiques qui s'observent à l'occasion des accidents graves ou dramatiques, des grandes catastrophes et surtout de la guerre », mais, en parlant de la « psychose émotionnelle de guerre (dite commotionnelle) », il décrit peu d'éléments d'ordre dépressif ou

mélancolique, à part de l'asthénie, des crises anxieuses, de l'hyperémotivité.

Bonhomme et Nordman se bornent à signaler la fréquence des états mélancoliques chez les combattants. Roussy et Lhermitte décrivent « des troubles psychiques à tendance dépressive pouvant aller jusqu'à la mélancolie ». Pour Charron et Halberstadt, les états lypémanïaques post-commotionnels sont assez rares, mais peuvent apparaître grâce à un terrain prédisposé. Voivenel ne dit pas expressément avoir rencontré des états mélancoliques, mais il a observé de l'aboulie, des troubles de l'affectivité, chez des hommes atteints de « cafard », « état, dit-il, primitivement psychique, puis organique, créé par la vie des tranchées, la monotonie et le surmenage émotionnel, laissant d'abord apparaître la tristesse, les obsessions : nostalgique, familiale, professionnelle, puis une sensation de fatigue, enfin un état de fatigue avec anxiété, perte de la volonté et même confusion mentale ».

Barradas a remarqué dans l'armée portugaise la fréquence assez grande des états neurasthénoides, surtout de ce qu'il appelle « neura » (affection analogue au « cafard »), qui a, comme conséquences, tantôt la déchéance de la volonté et la paresse, tantôt le manque de frénation, les impulsions, les fugues.

Christiani note l'assez grand nombre d'impulsions au suicide dans l'armée italienne.

En Amérique, les cas de psychose maniaque-dépressive avec proportion frappante des phases dépressives et des hallucinations guerrières représentent les 20 p. 100 des admissions dans les asiles (Salmon, analysé par Cullerre).

Dans l'armée allemande, selon Löwy, il a été surtout noté des états mixtes, où se trouvaient mélangées de la dépression, de l'apathie et de l'excitabilité.

En France, Targowla signale l'association de l'anxiété et de la mélancolie dans deux cas de psychose fruste par éclatement d'obus à proximité.

D'après C. Rougé, dans les psychoses observées chez les combattants, l'état confusionnel n'a jamais manqué, le plus souvent sous la forme agitée, plus rarement sous la forme dépressive, allant jusqu'à la stupeur ou

la stupidité ; cet auteur a observé cinq cas de mélancolie seulement à l'asile de Limoux en 1916, mais cette cause d'admission devint prédominante en 1918.

Damaye a observé, dans un centre de groupe d'armées, sur 638 psychopathes, 158 malades atteints, soit d'états neurasthéniformes, soit d'états mélancoliques simples ou avec anxiété, délire, obsessions.

Chez les commotionnés, d'après Euzière et Guirand, l'analyse de l'état mental montre que le trouble affectif essentiel est l'inquiétude avec anxiété diffuse ; cette sorte d'émotion chronique domine et teinte tous les actes psychiques » ; ainsi « le terrain est préparé pour permettre chez les prédisposés l'éclosion d'états mélancoliques francs ».

Les mêmes auteurs ont d'ailleurs rencontré chez plusieurs commotionnés un état mélancolique très net, avec onirisme, et suivi de tentatives de suicide. Et ils ajoutent : « En somme, tous nos commotionnés qui sont devenus des mélancoliques ont présenté un syndrome de dépression neurasthénique. C'est une des formes de l'état commotionnel ; elle nous paraît fréquente. Mais, dans d'autres cas, la commotion provoque des manifestations cliniques différentes, par exemple le syndrome commotionnel de Mairet et Durante, caractérisé surtout par l'inertie et l'indifférence affective. Les modalités cliniques sont sans doute fonction de la gravité du traumatisme et des prédispositions du sujet. »

S. Meyer est également d'avis que le shock par explosion peut engendrer « l'hypocondrie après explosion », syndrome constitué par des préoccupations (et même parfois du délire) hypocondriaques, des douleurs stomacales, de la dépression et de l'incapacité au travail.

Selon R. Charpentier, ce qui frappe dans un centre psychiatrique d'armée, c'est la prédominance des syndromes dépressifs : états mélancoliques, états asthéniques, avec ou sans anxiété ; avec Régis, R. Charpentier a fait la même constatation à l'intérieur, où, sur 195 psychopathes, il a vu 30 mélancoliques et 25 asthéniques.

Briand et Delmas, Granjux ont décrit les désertions-fugues dans les « petits états mélancoliques » des combattants. Chavigny et Brousseau signalent, parmi les signes des « petits états psychiatriques de guerre », la

lassitude, la dépression, la neurasthénie. Porot et Hesnard ont observé, surtout au cours de la campagne récente, « une sensibilisation spéciale du psychisme, qui défaille à la plus légère occasion (formes récidivantes par anaphylaxie mentale), certaines séquelles du côté de l'humeur et du caractère (formes dépressives, émotives, impulsives, avec furies, crises excito-motrices, états confuso-mélancoliques, états anxieux), mais rarement des états mélancoliques vrais ». Il y a déjà plusieurs années, Simonin notait la prédominance, pendant les guerres, des « états confusionnels dépressifs ».

Comme nous l'avons vu, Mallet a surtout rencontré des états confusionnels et des états anxieux, mais aussi, à côté d'eux, des accès de dépression mélancolique, ceux-ci d'ailleurs plus graves, plus rebelles que les premiers, et ayant été souvent précédés d'accès antérieurs de dépression ou d'excitation.

A. Léri estime que « les accès de manie, ainsi que les accès de mélancolie ne paraissent pas sensiblement plus fréquents par le fait des événements de guerre : les commotions et les émotions ne sont souvent que l'occasion d'une bouffée, à laquelle des accès antérieurs avaient montré une prédisposition évidente ».

Dans le centre psychiatrique d'une région, H. Français observe, après une période d'opérations actives, trois grandes variétés d'états psychopathiques :

- 1° Des accès aigus ou subaigus d'alcoolisme ;
- 2° Des bouffées délirantes polymorphes ;
- 3° Des accès mélancoliques.

Ces derniers, accompagnés de préoccupations familiales et patriotiques, d'angoisse marquée, de tentatives de suicide ; les deux premières variétés de psychopathies présentaient aussi un caractère dépressif, mélancolique et guerrier.

Pour Hoven, il n'y a pas de psychose spéciale à la guerre ; toutes les affections mentales s'y rencontrent, notamment : la démence précoce, la mélancolie, la confusion mentale, les psychoses congénitales ; mais les troubles mentaux, pendant la guerre, offrent quelques particularités : la prédominance des états dépressifs, la fréquence du délire hallucinatoire, l'amnésie durable dans la confusion mentale aiguë.

J. Lépine fait remarquer que les états dépressifs, en général des formes calmes de mélancolie avec fond anxieux, exceptionnels au début de la guerre, ont augmenté de fréquence au fur et à mesure que celle-ci se prolongeait. Survenant le plus souvent après des commotions, ces états morbides se manifestaient soit au bout d'un certain temps, après une phase de confusion mentale, soit tout de suite, sous l'aspect de « psychose d'épnisement d'emblée, avec tendance à la stupeur » ; dans l'un et l'autre cas, l'élément intellectuel étant plus atteint que l'élément affectif; on observe aussi, selon le même auteur, parmi les psychoses de guerre d'ordre dépressif, la névrose d'angoisse, les états neurasthéniques et les états hypocondriaques.

L'opinion de Truelle et de M^{lle} Boudier est analogue à celle de J. Lépine et de H. Français.

Signalons, enfin, que Répond a dernièrement décrit ce qu'il appelle la « psychose des fils de fer », c'est-à-dire la psychose des internés et des prisonniers de guerre; un des signes constitutifs de ce syndrome est l'aboulie, et, dans certains cas, l'autisme, qui se manifeste par la recherche de l'isolement et l'inactivité constante, panachées de délire ayant trait aux circonstances de la captivité.

Ainsi, les événements de guerre sont susceptibles de provoquer l'apparition d'états mélancoliques. Il semble que la proportion de ces états morbides vis-à-vis des autres psychopathies soit, pendant la guerre, très légèrement plus élevée qu'en temps de paix dans la zone des armées, et nettement plus élevée dans la zone de l'intérieur. A l'avant, ils ne constituent que 7 à 8 p. 100 des psychopathies, dont les principales sont les manifestations de l'alcoolisme chronique, celles de la débilité mentale, la confusion mentale, le délire hallucinatoire, les formes de début de la démence paranoïde et de la démence précoce. A l'intérieur, les états mélancoliques forment au moins les 20 p. 100 des maladies mentales. Or, avant la guerre, les cas de folie maniaque-dépressive formaient les 5 p. 100 et ceux de mélancolie pure les 2 p. 100 des maladies mentales dans l'armée française (Antheaume et Mignot; Adam).

En résumé, d'après plusieurs auteurs cités plus haut,

les commotions et les émotions de guerre produisent :

1° Des états mélancoliques, avec anxiété ou stupeur, survenant tout de suite après le shock ;

2° Des états mélancoliques, avec délire ou obsessions, après un stade de confusion mentale, variété de beaucoup la plus fréquente ;

3° Une coloration dépressive de certains états morbides, comme le délire hallucinatoire, l'alcoolisme, etc.

Quels sont, parmi les événements de guerre, ceux qui sont surtout capables de donner naissance à des états mélancoliques ? Ce sont, par ordre de fréquence :

1° Les émotions vives, la sommation d'émotions répétées (Simonin), l'inquiétude constante, l'insécurité presque continue, les préoccupations pour l'avenir des siens ;

2° Les fatigues physiques et morales (froid, insomnie, fatigue, attention soutenue, lourde responsabilité, dépaysement, séparation, attenté, promiscuité, influences sexuelles) (J. Lépine) ;

3° Les commotions par explosion ou ensevelissement, et, plus rarement, les blessures et les maladies.

Dans l'état actuel de l'anatomie pathologique des syndromes mentaux, en particulier des états mélancoliques, il n'est pas possible de déterminer par quel mécanisme pathogénique agissent ces divers facteurs étiologiques.

Comme Höffding le fait remarquer, « le sentiment est plus lent à se produire et dure plus longtemps que la connaissance ; il est donc probable qu'il est accompagné de changements plus grands et plus profonds dans l'état du système nerveux que ne le serait la connaissance pure en soi (s'il pouvait exister un pareil état) ». Il ne faut donc pas être surpris de voir les troubles affectifs, qui sont la base des états mélancoliques, survenir d'une façon tardive. Des lésions cérébrales profondes et durables sont sans doute nécessaires pour les conditionner.

D'autre part, « la tension produite par l'occupation plus longue des centres nerveux que ne le fait la connaissance se décharge en se propageant à un plus ou moins grand nombre de parties du reste de l'organisme... Ce sont tout d'abord les centres vaso-moteurs situés dans

la moelle allongée ou dans le cerveau même qui sont excités. De ces centres les excitations vont aux muscles des vaisseaux sanguins qui dès lors se contractent ou se relâchent ; ainsi, le fonctionnement de plusieurs organes, du cerveau en particulier, est empêché ou stimulé. On a constaté qu'une forte émotion est suivie de modifications beaucoup plus considérables dans la circulation de l'encéphale, que la contention d'esprit » (Höfding).

Quand l'émotion est très vive, ou qu'elle se complique de commotion, deux nouvelles aduérations de l'organisme apparaissent : c'est d'abord une augmentation ou une diminution de l'irritabilité dans les centres moteurs, puis les effets de l'encéphale modifié — et dans sa circulation et dans son irritabilité — se propagent dans presque toutes les parties du corps, soit par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, soit par le pneumogastrique. Ainsi apparaissent des troubles de la cénesthésie.

A ces états émotionnels peut s'ajouter un mauvais fonctionnement de la connaissance (Dubois) : c'est un jugement faux sur la valeur de l'événement primaire, dans un sens pessimiste, une exagération et une fixation des désordres post-émotionnels par l'attention inquiète que leur donne le sujet.

Le « self-observation », la « rumination » de douleurs réelles, parfois le manque de volonté de guérir ancrent les préoccupations d'abord légitimes, puis hypochondriaques et bientôt obsessionnelles, même délirantes. Le malade prend conscience de sa déchéance et s'inquiète (J. Lépine).

Enfin les émotions peuvent agir par l'intermédiaire de l'auto-intoxication (Cygielstreich), en s'alliant au surmenage et à l'insuffisance alimentaire (Simonin), (psychose d'épuisement de Saporito); Chavigny et Brousseau ont montré que des troubles de la nutrition dans les petits états psychiatriques de guerre se manifestaient par les sillons unguéaux ; Enzière et Guiraud incriminent les « troubles du métabolisme » ; H. Français pense que certains états mélancoliques peuvent être dus à des phénomènes d'auto-intoxication aiguë, soit alcoolique (Hoven), soit émotionnelle, se greffant sur un état d'auto-intoxication chronique.

Que ce soit l'un de ces divers processus pathogéniques ou, plutôt, par plusieurs d'entre eux réunis, les événements de guerre désorganisent les synthèses mentales, par suite de lésions au moins dynamiques sinon anatomiques, et donnent ainsi naissance aux troubles mentaux, parmi lesquels il faut ranger les états mélancoliques. Mais ils ne les créent pas de toute pièce. L'« état antérieur », morbide ou en puissance de morbidité, est nécessaire (Simonin, J. Lépine); l'insuffisance du jugement de valeur est le fait de l'hérédité et de l'éducation (Dubois); l'hyperémotivité survient surtout chez les individus à constitution émotive (Dupré). Bref, la prédisposition (A. Léri, Hoven, Séglas et Barat, M^{me} Imianitoff) paraît être indispensable pour que les événements de guerre occasionnent l'apparition des troubles mentaux, en particulier des états mélancoliques. Déjà en 1913, Daneo avait dit : « Les émotions de guerre n'influencent que les individus tarés antérieurement et n'ont aucun effet chez les normaux. »

A la question que nous nous sommes posée : « Les événements de guerre causent-ils des états mélancoliques ? » il doit donc être répondu :

1° Les événements de guerre, en particulier les commotions et surtout les émotions, peuvent donner naissance à des états mélancoliques, mais ne constituent pas pour ceux-ci un élément étiologique très sensiblement plus actif que les autres causes morales.

2° Ces états mélancoliques apparaissent soit immédiatement après le traumatisme, ce qui est rare, soit tardivement, après une phase de confusion mentale.

3° Les commotions et les émotions de guerre agissent en désorganisant les synthèses mentales, par l'intermédiaire de troubles vaso-moteurs, d'un mauvais fonctionnement de la connaissance, de l'auto-intoxication, et de troubles du métabolisme.

4° Comme pour la plupart des troubles mentaux, ces causes sont surtout déterminantes et, pour qu'elles agissent, la prédisposition morbide est nécessaire.

M. le D^r Potet fait une seconde communication sur deux artistes de génie « Petits mélancoliques », Michel-Ange et Hector Berlioz. Cette communication très intéressante vient à l'appui de l'affirmation suivant

laquelle la mélancolie serait « la couronne d'épines du génie ».

Nous nous réservons de la faire paraître ultérieurement dans les *Annales*.

Les secrétaires des séances,

P. JUQUELIER et RENÉ CHARPENTIER.

INFORMATIONS

DISTINCTION HONORIFIQUE

Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur (promotion du ministère de la Guerre), M. le D^r SALOMON, médecin adjoint de l'asile de Lesvellec; MM. le D^r BROUSSEAU et ROBIN, internes des asiles de la Seine.

DÉSAFFECTATION DE LA MAISON NATIONALE DE CHARENTON

Nous avons publié dans le dernier numéro des *Annales* l'article de la loi de finances visant la transformation de la maison nationale de Saint-Maurice. Voici comment s'est opérée cette transformation :

Dans sa séance du 14 juin 1920, la Chambre des députés votait le budget du ministère de l'Hygiène. Le chapitre 14 (3^e partie, Services généraux des ministères) était ainsi libellé :

« Chap. 14. — Subvention à la maison nationale de Saint-Maurice, 890.000 francs. » (Adopté.)

Le budget fut porté au Sénat le 25 juillet. Nous lisons à l'*Officiel* :

M. le ministre des Finances. Messieurs, M. Breton regrettera très vivement de n'avoir pu assister aujourd'hui à la discussion de son budget devant le Sénat. Je vous présente en son nom des excuses et je vous demande de bien vouloir agréer l'expression de tous ses regrets.

Mais, comme le fait remarquer l'honorable M. Doumer, le Gouvernement est présent sur ces bancs et les problèmes qui viennent d'être posés, notamment par M. Fernand Merlin, sont de ceux dont ne saurait se désintéresser le ministre des Finances non seulement comme membre du Gouvernement et parce que ce sont des questions d'une importance capitale pour l'avenir de la France, mais parce qu'elles intéressent au plus haut point la situation financière et économique de notre pays.

.....

Les crédits de la maison de Charenton furent votés sous la rubrique suivante :

« Chap. 14. — Subvention à la maison nationale d'aliénés de Saint-Maurice, 890.000 francs. » (Adopté.)

Le 31 juillet le budget revenait à la Chambre et le rapporteur général s'exprimait ainsi :

M. le rapporteur général. J'ai une série d'observations à faire sur le budget du ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

Nous avions ainsi libellé le chapitre 14 : « Subvention à la maison nationale de Saint-Maurice » ; le Sénat l'a modifié de la façon suivante : « Subvention à la maison nationale d'aliénés de Saint-Maurice. »

Nous serions reconnaissants à la Chambre de restituer à ce chapitre son intitulé primitif.

En effet, la Commission des finances est prête à appuyer devant l'opinion publique et auprès du Sénat, ce soir, la transformation que voudrait faire M. le ministre de l'Hygiène d'une partie importante de l'institution nationale en une maison maternelle, où un grand nombre de malheureuses accouchées qui encombre les cliniques de Paris, qui ne disposent plus d'aucune place, pourraient alors recevoir une large et généreuse hospitalité.

M. le président. Le Sénat a modifié comme suit le libellé du chapitre 14 :

« Subvention à la maison nationale d'aliénés de Saint-Maurice. »

La Commission propose de le rédiger ainsi :

« Subvention à la maison nationale de Saint-Maurice. »

Il n'y a pas d'opposition?...

Le libellé du chapitre 14 demeure ainsi rédigé.

Le 31 juillet, le Sénat était appelé à se prononcer de nouveau et la rédaction de l'article 14 donna lieu à une importante discussion.

M. le président. Le Sénat avait voté : « Chap. 14. — Subvention à la maison nationale d'aliénés de Saint-Maurice, 890.000 francs. »

Votre Commission vous propose d'accepter le libellé de la Chambre.

M. le président de la Commission des finances. Au contraire, Monsieur le Président, la Commission propose de maintenir le libellé qu'elle avait déjà accepté « Maison nationale des aliénés ».

M. le ministre de l'Hygiène. Je suis tout à fait navré d'avoir à prendre encore une fois la parole; je m'en excuse, mais c'est, je le répète, parce que l'autre jour, on a discuté le budget de mon département en mon absence malgré l'engagement formel qui avait été pris par M. le président de la Commission des finances, non pas sur ma demande, mais sur la demande du rapporteur, M. Debierre, qui devait s'absenter de Paris le lendemain.

J'insiste ici d'une façon encore plus formelle que pour les autres chapitres. Il s'agit, en effet, de porter un remède efficace et absolument indispensable à la crise très grave qu'ont subie nos maternités parisiennes pendant l'hiver dernier, crise qui se présente de nouveau aujourd'hui.

Messieurs, alors que nous faisons la plus active propagande pour l'avenir même de la France, en vue de relever la natalité, il est tout à fait inadmissible de voir de quelle façon les accouchées sont hospitalisées dans nos maternités parisiennes. (*Très bien !*)

Vous avez pu lire tout ce que la presse a dit à ce propos. Rien n'était exagéré : on en est réduit, par suite de l'encombrement, à laisser accoucher les femmes sur des matelas placés dans les couloirs, dans des conditions déplorables.

M. Louis Dausset. Il ne faut rien exagérer.

M. le ministre de l'Hygiène. Il n'y a aucune exagération. Je pourrais apporter des chiffres particulièrement édifiants.

Or, messieurs, le ministre de l'Hygiène dispose d'un établissement, la maison nationale de Saint-Maurice, où l'on peut recevoir 1.500 personnes et où il n'y a actuellement que 450 aliénés.

C'est donc un établissement fort mal utilisé et c'est dans ces conditions que j'ai eu la pensée, qui vient d'être ratifiée par la Chambre, de transformer ce superbe établissement en une maison maternelle.

Je compte d'ailleurs apporter dans cette transformation tous les ménagements possibles de façon à ne léser en rien les intérêts des familles des aliénés. Je ferai l'opération en plusieurs paliers afin d'éviter toute difficulté.

Il n'est pas possible que vous vouliez m'empêcher de faire cette opération? que vous vouliez que les accouchées continuent à être entassées comme elles le sont actuellement dans les maternités de Paris?

M. Louis Dausset. Vous ne pouvez pas généraliser. Il y a eu évidemment un certain encombrement, il y a quelque temps, mais je ne peux pas vous laisser dire que les femmes qui vont accoucher sont mal soignées dans les hôpitaux parisiens. Tout le monde peut vous affirmer le contraire. Les soins les plus éclairés leur sont donnés; nous avons beaucoup de maternités modèles et l'affluence dont souffrent les hôpitaux, en ce qui concerne les accouchées, est la meilleure preuve qu'ils répondent à ce qu'elles attendent d'eux. (*Très bien!*)

M. Debierre. Le nombre des places est insuffisant.

M. le ministre de l'Hygiène. Nous pourrions, monsieur Dausset, prendre un rendez-vous pour aller voir ensemble comment les femmes accouchent dans certaines maternités de Paris, sur des matelas hâtivement jetés dans des corridors. Vous seriez édifié.

M. Dausset. Vous savez bien, monsieur le Ministre, que cela tient à ce que les sages-femmes ont augmenté leurs prix dans des proportions considérables, et que beaucoup de femmes qui n'accouchaient pas dans des hôpitaux ont trouvé très simple d'y aller se faire donner des soins gratuits. C'est une conséquence de la vie chère.

M. le ministre de l'Hygiène. Cela prouve que la situation est bien telle que je viens de l'indiquer.

Or il y a un établissement modèle, superbe, à Charenton, admirablement disposé pour être facilement transformé en maison maternelle. Il est actuellement utilisé dans des conditions vraiment dérisoires, puisqu'à l'heure actuelle il ne s'y trouve que 453 aliénés alors qu'il peut contenir 1.500 personnes. Rien de plus facile que de faire l'opération envisagée. Si vous acceptez le libellé que je vous demande, dans quelques jours, je pourrai y mettre de nouvelles accouchées, ce qui dégagera les maternités parisiennes.

Si, au contraire, vous refusez, les femmes continueront à accoucher dans des conditions que je vous indiquais.

En ce qui me concerne, je n'assumerai pas une seconde de plus la direction du ministère de l'Hygiène si le Parlement m'interdisait de faire cette œuvre salutaire, d'envoyer des jennes mères là où il y a des places vacantes, où il y a des lits vides. C'est pour moi une affaire de conscience, et, personnellement, je me refuserais à rester impuissant dans un tel état de choses. (*Applaudissements.*)

M. Magny. Je demanderai à M. le ministre de l'Hygiène où il mettra les aliénés qui sont à Saint-Maurice.

M. Debierre. En d'autres points où il y a de la place.

M. le président de la Commission des finances...

Je reviens maintenant à la question de la maison de Charenton.

Il s'agit là d'un établissement national qui a une affectation spéciale, qui a reçu des dons, des legs et des subventions, avec le but bien défini de traiter des aliénés venus de toute la France.

Dans ces conditions, M. le ministre de l'Hygiène avait pensé qu'il pouvait, de sa propre autorité, sans autorisation législative, modifier l'affectation de cette maison.

Nous lui en avons montré les graves inconvénients et, se rendant à nos observations, il a compris qu'il serait nécessaire de procéder par voie législative en insérant une disposition spéciale dans la loi de finances.

Que s'est-il passé? La Chambre des députés a d'abord modifié l'intitulé du chapitre de la façon suivante : « Maison nationale mixte ».

Mais qu'est-ce qu'une maison nationale mixte? Avec cette rubrique, on peut traiter toute espèce de maladies; cela ne signifie plus rien du tout.

M. le ministre de l'Hygiène. C'était la première rédaction, mais la Chambre l'a modifiée et le chapitre est ainsi intitulé : « Maison nationale maternelle ».

M. le président de la Commission des finances. A cet établissement, qui est, par sa nature, national, M. le Ministre va donner une affectation communale ou départementale mettant ainsi à la charge du budget de l'Etat des dépenses qui devraient en réalité incomber à la Ville de Paris ou au département de la Seine.

Voilà pourquoi nous estimons que la question doit être traitée d'une manière complète après étude approfondie. On ne peut pas faire une transformation de cette nature par voie d'un simple crédit budgétaire. Telle est la raison pour laquelle nous demandons au Sénat de reprendre le libellé précédemment adopté : « Maison nationale d'aliénés. » (*Très bien! très bien!*)

M. le président. Je rappelle au Sénat que la Chambre a voté le libellé suivant : « Subvention à la maison nationale de Saint-Maurice, 890.000 francs. »

Le Sénat avait voté ce chapitre avec le même chiffre, mais avec le libellé suivant : « Subvention à la maison nationale d'aliénés de Saint-Maurice. »

M. Hervey...

Il n'est peut-être pas utile de transformer cette maison d'aliénés d'un seul coup et de renvoyer tous les aliénés. Je désire savoir si l'ouverture de crédit qui nous est proposée permettra à M. le ministre de donner aux femmes en couches les soins dont elles ont besoin, voilà la seule considération qui dictera mon vote (*Approbation*).

M. le ministre de l'Hygiène. Toute la question repose sur le fait que vient de signaler l'honorable M. Hervey. A l'heure présente, il y a une grande quantité de places vacantes à la maison nationale de Saint-Maurice : cet établissement étant divisé en quatre compartiments tout à fait étanches, rien n'est plus facile que de grouper les aliénés dans une partie de l'établissement, rendant ainsi disponibles les trois quarts des places, actuellement inoccupées, pour y recueillir les nouvelles accouchées. Mais si vous introduisez dans le libellé du chapitre le mot « aliénés », vous m'interdisez formellement de le faire, c'est-à-dire que vous maintenez inutiles ces locaux merveilleux de Saint-Maurice. Si, au contraire, vous me permettez de procéder à cette transformation, je peux, dès demain, y recevoir plusieurs centaines de nouvelles accouchées allaitant leur enfant. La maison est pour cela admirablement disposée, suivant l'opinion des techniciens les plus compétents, tels que M. le professeur Pinard.

M. Magny. Je dois faire remarquer à M. le ministre de l'Hygiène que la situation légale de l'établissement national de Charenton ou plutôt de Saint-Maurice, car la partie de l'ancienne commune de Charenton, où il se trouve, porte le nom de Saint-Maurice, n'est pas aussi simple qu'il pourrait le croire. Il y a eu, au début de cette création, qui est antérieure à la Révolution, des fondations en faveur des aliénés de Charenton. Maintenant, on l'appelle « Etablissement de Saint-Maurice », parce qu'on a pris sur le territoire de Charenton la commune de Saint-Maurice. Mais l'affectation n'a pas changé, elle vise toujours, en raison des fondations que je viens de rappeler, le traitement des aliénés.

M. Gaudin de Villaine. Cela ne change rien.

M. Magny. Je vous demande pardon, les fondations étaient faites pour entretenir des aliénés dans cette maison.

D'autre part, M. le Ministre parle de mettre des femmes en couches dans cet établissement.

Un sénateur à gauche. C'est grave.

M. Magny. Nous sommes tous d'accord pour assurer le plus possible, et dans les meilleures conditions possibles, tous les soins nécessaires aux femmes en couches; mais la question est de savoir, en admettant qu'on puisse légalement enlever les aliénés de cet établissement, si, matériellement, la nouvelle affectation envisagée est possible.

L'établissement de Saint-Maurice est situé à flanc de coteau, avec des pentes très rudes, et j'ai déjà entretenu M. le ministre de l'Hygiène de ces difficultés, qu'un jour j'ai formulées. Il envisage, paraît-il, la construction d'un chemin de fer à crémaillère. Ce serait à étudier, et ce que je demande, c'est qu'avant d'annoncer publiquement un projet qui a jeté une grande émotion parmi les familles des malheureux aliénés, la question soit examinée, comme elle le mérite, en examinant, en outre, si, au point de vue hygiénique, il n'est pas sans inconvénient de réunir dans un grand établissement, comme celui de Saint-Mandé, un nombre considérable de femmes en couches. (*Très bien!*)

M. le ministre de l'Hygiène. Je demande à répondre d'un mot à M. Magny. Je ne lui ai jamais parlé de chemin de fer à crémaillère, ce qui aurait été absurde et vraiment digne de Charenton. (*Rires.*) J'ai parlé d'ascenseur, ce qui est tout différent.

Quoi qu'il en soit, je suis surpris de l'opposition de M. Magny, étant donné que les mères qui vont profiter de cet établissement appartiennent surtout à Paris et au département de la Seine; ne me reproche-t-on pas, d'ailleurs d'autre part, de trop favoriser ainsi cette ville et ce département?

Pour ce qui est de la disposition de l'établissement, les techniciens les plus éminents, comme M. le professeur Pinard, le trouvent parfait pour cette destination. (*Très bien! très bien!*)

Sur de nombreux bancs. Aux voix!

M. le président. Il n'y a pas d'autres observations?...

Je mets aux voix le libellé proposé par la Commission des finances du Sénat comprenant le mot « aliénés » et repoussé par le Gouvernement. (Ce libellé n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix le libellé de la Chambre des députés : « Subventions à la maison nationale de Saint-Maurice. »

(Le chapitre 14, avec le chiffre de 890.000 francs et avec ce libellé, est adopté.)

DÉBATS AU CONSEIL GÉNÉRAL DE LA SEINE.

1^o Ajournement de la demande de crédits.

A la suite de cette transformation M. le Ministre de l'Hygiène adressait au Conseil municipal et au Conseil général de la Seine par l'intermédiaire du préfet une demande de contribution aux dépenses de la nouvelle Maison maternelle nationale.

Sur le rapport présenté par M. Henri Sellier au nom de la troisième Commission, le Conseil général dans sa séance du 29 décembre 1920 a décidé de subordonner tout effort financier à une réorganisation qui confierait la gestion de la Maison de Saint-Maurice au département ou à la Ville de Paris représentée par l'Assistance publique.

La même décision a été prise par le Conseil municipal dans sa séance du 30 décembre 1920 sur le rapport présenté par M. Henri Rousselle au nom de la cinquième Commission.

2° Situation des médecins de Charenton.

Restait à déterminer la situation qui serait faite aux médecins de la maison nationale de santé.

Le 3 novembre 1920, le *Journal officiel* publiait le décret suivant daté du 21 octobre 1920 :

ART. 1^{er}. — Par mesure exceptionnelle, les deux premiers postes de directeur-médecin ou de médecin en chef dans les asiles publics d'aliénés de la Seine, situés dans le département de la Seine, ou dans le département de Seine-et-Oise, sont réservés aux deux médecins en chef de la maison nationale de santé de Saint-Maurice, en cours de désaffectation.

ART. 2. — Ces médecins en chef seront admis dans les asiles de la Seine avec l'ancienneté qu'ils ont acquise à la maison nationale de santé de Saint-Maurice. (*Journ. off.*, 3 novembre 1920.)

La forme ambiguë dans laquelle ce décret est rédigé pouvait prêter à des interprétations diverses. Aussi le Conseil général de la Seine a-t-il tenu à définir d'une façon précise l'ordre dans lequel seraient classés les médecins de Charenton au cas où leur poste actuel serait supprimé.

Voici en quels termes s'est exprimé M. Chausse, rapporteur du service des aliénés à la séance du 31 décembre 1920.

M. Chausse...

Vous vous souvenez, Messieurs, qu'un décret du 12 décembre 1907, pris à notre demande, a décidé que les médecins de nos asiles seraient désormais recrutés au concours. Le Conseil général a, depuis lors, exprimé maintes fois sa volonté de voir maintenir ce concours : c'est notre garantie que le recrutement se fera, ainsi qu'il convient, en tenant compte de la compétence des candidats et sans qu'interviennent des considérations d'un autre ordre. L'année dernière, il est vrai, nous avions admis une exception en faveur des deux médecins de nos colonies familiales, alors, en fonctions, les D^{rs} Rodiet et Ameline et dont nous tenions à reconnaître ainsi les services. Mais nous avions eu soin de spécifier qu'il ne s'agissait là que d'une mesure transitoire, exceptionnelle, et que nous entendions qu'il ne fût plus désormais apporté aucune dérogation au concours.

Le décret du 21 octobre, pris sans que le Conseil général ait même été consulté, montre combien le Ministère tient peu de compte des décisions de notre assemblée. Nous vous proposerons d'élever à l'encontre une protestation formelle.

Nos médecins n'ont pas manqué, d'ailleurs, de s'élever contre une décision qui est de nature à léser certains d'entre eux. Le décret d'octobre dispose, en effet, que les médecins de la maison nationale de santé doivent entrer dans les cadres de la Seine en bénéficiant de l'ancienneté qu'ils ont acquise à Saint-Maurice. Nos médecins craignent que l'on interprète cette disposition en laissant aux médecins de Saint-Maurice la faculté de choisir leur poste d'après leur degré d'ancienneté ; une telle mesure préjudicierait, en effet, à nos jeunes médecins. Mais il ne paraît pas soutenable que le ministre ait entendu décider du poste qui pourra être attribué aux médecins de Saint-Maurice. Il n'a pu que vouloir fixer la classe à laquelle ils pourront être nommés. C'est du préfet de la Seine seul que dépend l'affectation à tel ou tel poste ; sa décision doit s'inspirer de l'intérêt bien entendu du service et sans que le degré d'ancienneté des candidats soit pris comme unique critérium.

Nous demandons en conséquence à l'Administration de prendre toutes dispositions utiles pour que les médecins de Saint-Maurice ne prennent rang qu'après les médecins de la Seine actuellement en fonctions.

Le Conseil général a adopté le projet de délibération suivant :

« Le Conseil général,

« Vu le mémoire de M. le Préfet de la Seine en date du 15 décembre 1920, sur le service des aliénés;

« Vu le décret du 12 décembre 1907 instituant un concours spécial pour la désignation des médecins en chef des asiles de la Seine;

« Vu ses délibérations relatives au maintien de ce concours, et notamment sa délibération du 31 décembre 1919;

« Vu le décret du 13 mars 1920;

« Vu le décret du 21 octobre 1920 disposant que, par mesure exceptionnelle, les deux premiers postes vacants de directeur-médecin ou de médecin en chef dans les asiles publics d'aliénés de la Seine seront réservés aux deux médecins en chef de la maison nationale de santé de Saint-Maurice.

« Regrettant que, contrairement au vœu qu'il avait exprimé, et sans qu'il lui en ait été référé, il ait été apporté une dérogation au principe du concours de médecin en chef des asiles de la Seine;

« Sur le rapport présenté par M. Chausse, au nom de la troisième Commission,

« Délibère :

« ART. 1^{er}. — M. le Préfet de la Seine est de nouveau invité à veiller au maintien du concours de médecin en chef des asiles de la Seine.

« ART. 2. — Toutes dispositions utiles seront prises pour que l'application du décret du 21 octobre 1920 ne préjudicie en rien aux médecins des asiles de la Seine actuellement en fonctions. »

Adopté (1920).

FONDATION D'UN INSTITUT DE PSYCHOLOGIE A L'UNIVERSITÉ DE PARIS

L'Université de Paris vient de décider la fondation d'un Institut de psychologie, qui sera administré par un Conseil directeur composé des cinq professeurs de l'Institut : MM. H. Delacroix, G. Dumas, P. Janet, H. Piéron, Etienne Rabaud, et des doyens de la Faculté des lettres et de la Faculté des sciences, MM. Ferdinand Brunet et François Houssay.

L'Institut assurera des enseignements théoriques et pratiques de psychologie générale, physiologique, expérimentale, pathologique et comparée.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE XII^e VOLUME DE LA DIXIÈME SÉRIE

	Pages.
ANT. RITTI, par le D^r Georges Vernet , médecin-directeur de l'asile de Bourges	99, 193, 289, 385

Chronique.

L'assistance des aliénés, par le D ^r Juquelier	195
---	-----

Pathologie.

Idéalistes passionnés de la patrie pendant la guerre, par MM. Ch. Azémar et Pierre Didier	5
Anormaux constitutionnels criminels et délinquants, par MM. J. Raynier et L. Vian	28
De l'influence du retour de l'Alsace à la France sur les psychopathes alsaciens, par le D ^r Paul Courbon	489

Psychiatrie.

Famille B... et Famille F.... Contribution à l'étude de l'hérédité des maladies mentales, par la D ^{re} se Françoise Minkowska et le D ^r Eugène Minkowski.	303
--	-----

Statistique.

Résumé statistique des militaires internés à l'asile de Limoux (2 août 1914-31 décembre 1919), par le D ^r Calixte Rougé. . .	329
---	-----

Médecine légale.

Attentats à la pudeur. Rapports médico-légaux, par M. Capgras. . .	39
--	----

Société médico-psychologique.

<i>Séance du 27 octobre 1919.</i> — Correspondance : MM. Rogues de Fursac, Ducosté, Boudon, Page, Frankhauser, Halberstadt, Baron. — Mort de MM. Tamburini et Paul Ladame : M. Dupain. — Décision du Conseil de famille de la Société : M. Dupain. — L'arrivée du premier médecin allemand à l'asile de Stephansfeld d'après ses « Souvenirs », par M. Trénel. — Commotion et confusion mentale, par M. Raymond Mallet. Discussion : MM. Piéron, Juquelier, Dupouy, Raymond Mallet, Delmas, Dupain, Paul Voivenel. — Le Mendélisme et l'hérédité dans les maladies mentales, par M. Aug. Wimmer, de Copenhague. — Le facteur paranoïaque en criminalité de guerre, par M. Genil-Perrin. Discussion : M. Colin	52
<i>Séance du 24 novembre 1919.</i> — Rapport de M. Juquelier sur la candidature de M. Halberstadt; élection. — Rapport de M. Lwoff sur la candidature de M. Benon; élection. — Rapport de M. Trénel sur la candidature de M. Frankhauser; élection. — Etats confusionnels récidivants chez un héréditaire avec amnésie rétrograde, délimitant une période médico-légale, par MM. Leroy et Brousseau. Discussion : MM. Leroy, Briand. — Deux	

mythomanes en conseil de guerre, par M. Genil-Perrin. Discussion : MM. Mignard, Leroy, Colin, Genil-Perrin, Delmas, Vallon, etc.	115
<i>Séance du 29 décembre 1919.</i> — Correspondance : MM. Tamburini, Benon, Frankhanser, Halberstadt, Barbé, Meuriot, Revault d'Allonnes, Pilcz, Vallon. — Mort de M. Levassort : M. Dupain. Election du Bureau : MM. Trenel, Pactet, Raymond Mallet, Ritti, Juquelier, René Charpentier. — Rapport de M. René Charpentier sur la candidature de M. Genil-Perrin; élection. — De l'emploi du luminal dans l'épilepsie, présentation de malade, par M. Raffegau. Discussion : MM. Marchand, Raffegau. — Sur un procédé de mesure de l'activité psychique (puissance d'attention et rapidité des processus intellectuels), par MM. J. Rogues de Fursac et Abély. Discussion : MM. Dumas, Rogues de Fursac. — Interprétations frustes, par MM. Meyerson et Quercy. — Sur le diagnostic et la fréquence des hallucinations auditives verbales, par M. Quercy.	140
<i>Séance du 26 janvier 1920.</i> — Correspondance : Décès de M. Ritti : allocution de M. Dupain, président. — Installation du Bureau : MM. Dupain, Trenel. — Rapport de M. Delmas sur les candidatures de MM. Barbé, Bussart, Meuriot, Page, Revault-d'Allonnes; élection. — Sur la réaction du psychisme supérieur aux blessures cranio-cérébrales localisées, par M. Mignard. Discussion : MM. Piéron, Mignard, Marchand. — Note sur un cas d'encéphalite léthargique par MM. Truelle et Brousseau. Discussion : MM. Marcel Briand, Henri Colin	201
<i>Séance du 23 février 1920.</i> — Correspondance. — Testament de M. le Dr Ritti. — Election du secrétaire général, M. Colin. — Rapport de M. Rogues de Fursac sur la candidature de M. Minkowski; élection. — De la conservation de l'intelligence au cours d'accès confusionnels avec affaiblissement intellectuel chez deux dégénérés héréditaires, par MM. H. Colin et R. Mourgue. Discussion : MM. Toulouse, Mourgue, Vallon, Colin, Piéron, Dide, Briand, Dupré, Barbé. — Les fumeurs de marijuana, par M. Livet. Discussion : MM. de Clérambault, Laignel-Lavastine. — Délires systématisés. Forme psychomotrice. Variété spiritie, par MM. Maurice Dide, Charles Pezet et Mirc	230
<i>Séance du 29 mars 1920 (début).</i> — Correspondance. — Rapport de la Commission des Finances, M. Semelaigne. — Allocution de M. Henri Colin, secrétaire général	276
<i>Séance du 29 mars 1920 (suite).</i> — Confusion, démence et auto-conduction, par MM. Toulouse, Juquelier et Mignard. Discussion : MM. Piéron, Mignard, Toulouse. — Délégation du Secrétaire général au Comité d'organisation de la C. N. T. I. — Troubles délirants chez le frère et la sœur, par MM. Leroy et Rogues de Fursac. — Famille B... et famille F..., par M. Minkowski. Discussion : M. Pactet	335
<i>Séance du 26 avril 1920.</i> — Correspondance : MM. Mirc de Toulouse, Rogues de Fursac. — Quelques mots sur la confusion mentale par M. Chaslin. Discussion : MM. Toulouse, Chaslin, Juquelier, Arnand. — Note sur la bradypsychie comitiale, par M. Ducosté. Discussion : MM. Marchand, Chaslin, Rogues de Fursac, Laignel-Lavastine, Barbé, Piéron, Roubinovitch, René Charpentier, Toulouse, Raffegau, Ducosté. — A propos de l'épilepsie consciente et mnésique, par M. Ducosté. — Une épileptique anxieuse, par MM. Laignel-Lavastine et André Gilles. — Exagération des hallucinés. Sur le diagnostic et la fréquence des hallucinations auditives verbales, par M. Quercy. Discussion : MM. Leroy, Arnaud, Colin, Chaslin, Mignard.	356

<i>Séance du 26 avril 1920 (suite).</i> — Une épileptique anxieuse, par MM. Laignel-Lavastine et André Gilles	394
<i>Séance du 31 mai 1920.</i> — Correspondance : MM. Vian, Logre, Livet. — Rapport de M. Henri Colin sur la candidature de M. Renaux; élection. — De la dualité fondamentale des processus associatifs et des processus affectifs dans les syndromes mentaux, par M. Piéron. Discussion : M. Toulouse. — Principe d'une méthode d'examen des aliénés, plus spécialement dans les cas de confusion et de démence, par MM. Toulouse, Juquelier et Mignard. Discussion : M. Arnaud. — Une fausse descendante de Louis XVII, par MM. Laignel-Lavastine et Vinchon. Discussion : MM. Capgras, Laignel-Lavastine. — Note préliminaire sur le luminal dans le traitement de l'épilepsie, par M. Ducosté. Discussion : MM. Toulouse, Vallon, Marchand.	408
<i>Séance du 28 juin 1920.</i> — Assemblée extraordinaire. — Séance ordinaire. — Correspondance : M. Huot. — Rapport de M. Juquelier sur la candidature de M. Vian; élection. — Rapport de M. de Clérambault sur la candidature de MM. les Drs Livet et Logre; élection. — Congrès de Strasbourg: Section de psychologie du Congrès pour l'avancement des Sciences, délégation de MM. Toulouse, Piéron; Congrès des aliénistes et neurologistes, délégation de MM. Laignel-Lavastine et Semelaigne; Congrès jubilaire de la Société de médecine mentale de Belgique, délégation de MM. H. Colin, Pactet, Vallon. — Note sur le diagnostic des hallucinations vraies, par MM. H. Colin et Mourgue. Discussion : M. Colin. — Influence de l'ovariotomie sur l'épilepsie, par M. Marchand. Discussion : MM. Truelle, Marchand, Vallon, Toulouse. — Les bases psychologiques de l'enseignement de l'anatomie, par M. Chavigny. Discussion : M. Colin. — Encéphalite léthargique et délire aigu (Remarques cliniques sur neuf cas de délire aigu à symptômes mésocéphaliques), par M. Petit. Discussion : MM. Raoul Leroy, Petit, René Charpentier.	436
<i>Séance du 26 juillet 1920.</i> — Correspondance : MM. Châtelain, Frankhauser. Discussion : M. Raffegéan. — Rapport de M. Mallet sur la candidature de M. le Dr Huot; élection. — Les séquelles narcomaniaques, par M. L. Livet. Discussion : MM. Mignard, Livet, Legrain, Dupain. — L'organisation technique de la prophylaxie mentale, par MM. Toulouse et Genil-Perrin. Discussion : MM. Vallon, Toulouse, Colin, Mallet. — Contribution à l'étude de l'hérédité dans les maladies mentales, par M. Y. Porc'her	501
<i>Séance du 25 octobre 1920.</i> — Correspondance : M. Logre. Félicitations à MM. Antheaume, Colin, Ducosté, Dupouy. — Déclaration de vacance de deux places de membres titulaires. — Sur le mécanisme du délire onirique, par M. A. Schlesinger. — La prophylaxie mentale (comment on la réalise en Suisse), par MM. Toulouse et G. Perrin. Discussion : MM. Arnaud, Legrain, Toulouse, Briand, René Charpentier, Chaslin, Roubinovitch, André Collin. — Syndrome dépressif grave, séquelle d'encéphalite épidémique par M. Rouquier. Discussion : MM. Charpentier, Briand, Truelle. — Les hallucinations lilliputiennes, par M. Leroy. Discussion : MM. Mignard, Leroy	525
<i>Séance du 29 novembre 1920.</i> — Correspondances : lettres de candidature de MM. Ducosté, Genil-Perrin, Meuriot, Simon. — Nomination d'une Commission composée de MM. Arnaud, Briand, R. Charpentier, Dupain, Mallet. — Invitation aux fêtes du centenaire de l'Académie de Médecine. — L'hygiène mentale en Amérique, par M. Legrain. Discussion : MM. Toulouse, Dupré,	

Legrain. — De la valeur du facteur hérédité pour l'appréciation de la responsabilité des individus ayant commis des attentats aux mœurs, par M. Frantz Adam. Discussion : MM. Dupré, Arnaud, de Clérambault, Colin, Roubinovitch, Juquellier, Adam. — Epileptique traitée par le luminal. Mort rapide. Tumeur cérébrale latente, par MM. Quercy et J. Sizaret. Discussion : M. Marchand. — Etude psycho-pathologique d'un cas de simulation, par M. Chavigny. Discussion : M. Dupré. — Les événements de guerre peuvent-ils être la cause d'états mélancoliques, par M. Potet	545
---	-----

Revue des journaux de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES (1911).

Société clinique de médecine mentale, séance de novembre 1919. . .	171
--	-----

Bibliographie.

La guerre des gaz. Journal d'une ambulance Z., par les D ^{rs} Paul Voivenel et Paul Martin (Anal. par le D ^r Raymond Mallet) . .	84
La question des délinquants défectifs; ce que le Massachusetts a fait à son sujet, par le D ^r Vernon Briggs (Anal. par le D ^r Victor Parant père)	87
Bulletin bibliographique	89
Etude sur les délires à évolution démentielle précoce, par M ^{me} L. Thuillier-Landry (anal. par M. le D ^r René Charpentier)	175
Des impulsions systématisées dans l'ébriété au point de vue clinique et médico-légal, par le D ^r Henry Cullerre (anal. par M. le D ^r Georges Lerat)	177
Proposiciones relativas al Porvenir de la Filosofia, par le D ^r Ingenieros (anal. par M. le D ^r Chaslin)	178
Los debiles de espiritu, par le D ^r Mascioka (anal. par le D ^r Wahl)	180
Degeneration y regeneration de la raze, par M. le D ^r Meleior Farré (anal. par M. le D ^r Wahl)	283
L'éducation des enfants anormaux et arriérés, par M ^{me} Sécelle et Dekock (anal. par M. le D ^r Capgras)	284
Les formes supérieures de l'attention, par M. Revault d'Allonnes	383
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE	181

Variétés.

Nominations et promotions : MM. Abadie, Laignel-Lavastine, Logre, Vinchon, Hauyer, Boutet. — Nécrologie : D ^r Paul-Louis Ladame. — Prix de l'Académie de médecine. — Concours d'adjuvat des asiles d'aliénés	91
Le martyrologe de la médecine mentale (suite). — Nominations et promotions : MM. Pasturel, Thourel, Rogues de Fursac, Blanchier, Cacaud, Levet, Dide, Sigallas, Raviart, Alombert-Goget, Fenayrou, Lalanne, Toy, Santenoise, Mignot, Calmettes, Ramadier, Brunet, Rodiet, Pascal, Genil-Perrin, Boidard, Mahon, Olivier, Guichard, Fouque, Beaudoin	182
Commission de discipline du ministère de l'Intérieur : MM. Val-lon, Anglade, Lalanne, Mignot	184

Mutations dans les asiles de la Seine : MM. Marie, Lwoff, Leroy Truelle	185
Nécrologie : MM. Jules Voisin, Blanchier, Levassort	185
Concours d'adjuvat de 1920. Composition du jury : MM. Lépine, Pfersdordf, Damaye, Tissot, Ohocraux, Colin, Guiard, Mignot. Nomination de MM. Beaudoin, Pignède, Gilles, Piquemal, Quercy, Abely, Raynier, Gourion, Seringes, Bonhomme, Lautier, Pruvost, M ^{lle} Boudierlique, Renaux, Seugès, Mourgue, Livet, Beaurain, Eissen, Saquet, Courjon, Vian, Chaumier, de Mourgues, Montibert	185
Création d'un Comité d'Hygiène mentale (ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales)	186
Concours pour l'emploi de médecins en chef des asiles d'aliénés de la Seine	188
Congrès jubilaire de la Société de Médecine mentale de Belgique (25-26 septembre 1920).	192
Institut Empereur Guillaume pour l'étude du cerveau.	192
Institut allemand de recherches psychiatriques	192
<i>Dementia præcox studies</i>	192
Nécrologie : MM. le professeur Simonin, Mabit, Mercier (Ch.-Arthur), Drapes, van Deventer	285
Concours de médecin en chef des asiles de la Seine. Nomination de MM. les Drs Simon, Mignard, Ducosté	285
Projet de suppression de la Maison nationale de Charenton . . .	286

Informations.

L'École de service social de New-York	384
Périodiques nouveaux	384
Nécrologie	384
Distinctions honorifiques. — Légion d'honneur : MM. M. Briand, Vallon, Voivenel, Arsimoles, Beaussart, Ducosté, Dupouy, Guiraud, Pietkiewicz, Terrade, Thivet, Antheaume, Daday, Henri Colin, Damaye, Salmon, Brousseau, Robin. — Médaille d'honneur de l'Assistance publique : MM. Rognes de Fursac, Ducosté. — Désaffectation de la Maison nationale de Charenton	481, 488
Désaffectation de la Maison nationale de Charenton. — Débats parlementaires. — Décisions du Conseil municipal et du Conseil général de la Seine. — Décret réglant la situation des médecins de Charenton. — Délibération du Conseil général de la Seine. .	581
Fondation d'un Institut de psychologie à l'Université de Paris . .	587

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.